



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF  
HEALTH AND MENTAL HYGIENE

Ashwin Vasana, MD, PhD  
Commissioner

Ashwin Vasana, MD, PhD  
Руководитель

Gotham Center  
42-09 28th St.  
Long Island City, NY 11101

22 января 2024 г.

Дорогой Пациент,

Данным письмом уведомляем вас о том, что Департамент здравоохранения и психической гигиены г. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene, NYC Health Department) запрашивает информацию о медицинской страховке или плате за некоторые услуги клиники, предоставляемые взрослым (в возрасте 19 лет и старше). Департамент здравоохранения NYC должен запрашивать информацию о страховке или плате за услуги, чтобы соответствовать стандартам Medicaid и другим юридическим требованиям.

- Если у вас нет медицинской страховки или вы не хотите, чтобы ваша страховка выставляла счет за этот визит, см. **Раздел А.**
- Если вы хотите использовать вашу медицинскую страховку для оплаты этого визита, см. **Раздел В.**

**Если у вас нет страховки или вы не можете оплатить услуги, вы все равно можете их получить.**

Для получения дополнительной информации о тарификации посетите сайт [nyc.gov/health](https://nyc.gov/health) и введите в поиск «**clinic billing FAQ**» (часто задаваемые вопросы о тарифах в клинике) или позвоните по номеру **311** и спросите о «health department clinic billing» (тарифы клиники при департаменте здравоохранения). Если у вас возникли вопросы, задайте их персоналу клиники.

С уважением,

Ashwin Vasana, MD, PhD  
Руководитель  
Департамент здравоохранения и  
психической гигиены NYC

**А. Если у вас нет медицинской страховки или вы не хотите, чтобы вашей страховке выставляли счет:**

**Пожалуйста, воспользуйтесь скользящей шкалой.**

1. В колонке «Размер семьи» укажите количество членов семьи, проживающих в вашем доме, включая вас самих.
2. Прочтите ПО ГОРИЗОНТАЛИ и найдите свой годовой доход. У вас не будут спрашивать доказательства размера семьи или годового дохода.
3. Посмотрите в НИЖНЮЮ часть колонки, чтобы узнать, сколько вы должны заплатить.
4. Выпишите чек или денежный перевод (наличные не принимаются) на имя «**NYC Department of Health and Mental Hygiene**»
5. Укажите на чеке или денежном переводе **полное имя пациента, дату посещения и идентификационный номер электронной медицинской карты пациента «EMR ID»** (находится на этикетке на лицевой стороне этого письма). Адрес для отправки платежа указан ниже.

**Инструкции**

<p><b>Шаг 1</b> Определите размер вашей семьи (посчитайте всех взрослых и детей, проживающих с вами).</p>	<p><b>Шаг 2</b> Найдите (слева направо) в столбцах ниже сумму, которую вы получаете за год.</p>	<p><b>Шаг 3</b> Пройдитесь по столбцам в нижней части таблицы, чтобы узнать, сколько вам нужно будет заплатить за посещение клиники.</p>
---	---	--

**Скользящая шкала**

Размер семьи	Годовой доход					
1	Меньше \$14,580	\$14,581 до \$18,225	\$18,226 до \$21,870	\$21,871 до \$29,160	\$29,161 до \$36,450	Больше \$36,451
2	Меньше \$19,720	\$19,721 до \$24,650	\$24,651 до \$29,580	\$29,581 до \$39,440	\$39,441 до \$49,300	Больше \$39,301
3	Меньше \$24,860	\$24,861 до \$31,075	\$31,076 до \$37,290	\$37,291 до \$49,720	\$49,721 до \$62,150	Больше \$62,151
4	Меньше \$30,000	\$30,001 до \$37,500	\$37,501 до \$45,000	\$45,001 до \$60,000	\$60,001 до \$75,000	Больше \$75,001
5	Меньше \$35,140	\$35,141 до \$43,925	\$43,926 до \$52,710	\$52,711 до \$70,280	\$70,281 до \$87,850	Больше \$87,851
6	Меньше \$40,200	\$40,201 до \$50,350	\$50,351 до \$60,420	\$60,421 до \$80,560	\$80,561 до \$105,420	Больше \$105,421
7	Меньше \$45,420	\$45,421 до \$56,775	\$56,776 до \$68,130	\$68,131 до \$90,840	\$90,841 до \$113,550	Больше \$113,551
<b>Плата</b>	<b>\$0</b>	<b>\$2</b>	<b>\$3</b>	<b>\$20</b>	<b>\$30</b>	<b>\$40</b>

**Примеры оплаты по шкале:**

- Один пациент (размер семьи – 1) с годовым доходом 19,000 долларов заплатит сбор в размере 3 доллара.

- Пациент, живущий с тремя детьми, супругом(-ой) и родителем (размер семьи – 6 человек) с годовым доходом в 60,421 долларов заплатит сбор в размере 20 долларов.

**В. Оплата визита с помощью вашей медицинской страховки:**

**Если вы не принесли сегодня свою страховую карточку**, заполните форму в нижней части этой страницы и отправьте ее по указанному ниже почтовому адресу. *Перевод формы предоставлен только в ознакомительных целях, пожалуйста, заполните форму на английском языке.*

**Если вы предоставили свои страховые данные клинике или отправили их по почте**, вы или владелец страховки можете получить от своей страховой компании Объяснение льгот (Explanation of Benefits, EOB). В EOB будут перечислены полученные вами услуги и будет указано, требуется ли от вас доплата. Если вы должны внести доплату, отправьте чек или денежный перевод (наличные не принимаются), на имя «**NYC Department of Health and Mental Hygiene**», по указанному ниже почтовому адресу. В чеке или денежном переводе следует указать **полное имя пациента, дату визита и идентификационный номер пациента «EMR ID»** (он указан на этикетке на лицевой стороне этого письма).

**Почтовый адрес:**

NYC Department of Health and Mental Hygiene  
Attn: Division of Finance  
42-09 28th St., CN48  
Long Island City, NY 11101

**Пожалуйста, выпишите счет на оплату моего визита из указанной ниже медицинской страховки:**

Название медицинской страховки (обязательно): \_\_\_\_\_

Адрес медицинской страховки: \_\_\_\_\_

Номер телефона медицинской страховки: \_\_\_\_\_

ID страховки (обязательно): \_\_\_\_\_ Номер группы: \_\_\_\_\_

**Если страхование осуществляется через супруга(-у), родителя или другого пациента:**

Имя владельца страховки: \_\_\_\_\_ Дата рождения владельца страховки: \_\_\_\_\_

Родство с владельцем страховки (если не является пациентом или владельцем):

Супруг(-а)  Родитель  Другое

**Подпись:** \_\_\_\_\_

**Дата:** \_\_\_\_\_