NEW YORK CITY DEPARTMENT OF

HEALTH AND MENTAL HYGIENE

Mary T. Bassett, MD, MPH

Commissioner

عزيزنا المريض / عزيزتنا المريضة:

نُحيط سيادتكم علمًا بأن إدارة الصحة بمدينة نيويورك قد تطلب الحصول على معلومات التأمين الصحي أو رسومًا مقابل خدمات التطعيم المعطاة للبالغين (سن 19 عامًا أو أكثر). يتعيّن على إدارة الصحة طلب التأمين أو السداد مقابل الخدمات من أجل الوفاء بمعايير Medicaid والمتطلبات القانونية الأخرى.

- إذا كان لديك تأمين صحي، فانظر **القسم أ**.
- إذا لم يكن لديك تأمين صحي، فانظر **القسم ب**.

إذا لم يكن لديك تأمين أو إذا كان لا يمكنك دفع الرسوم، فسوف تستمر في تلقي الخدمات. الخدمات متوفّرة للجميع.

للمزيد من المعلومات عن الفوترة، تفضّل بزيارة nyc.gov/health وابحث عن "clinic billing FAQ" (الأسئلة الشائعة عن الفوترة للعيادة) أو اتصل على 311 واستفسر عن "الفوترة للعيادة الخاصة بإدارة الصحة. " إذا كان لديك أي أسئلة، يُرجى أن تسأل طاقم عمل العيادة.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

Mary T. Bassett, MD, MPH
المفوض

أ. إذا كان لديك تأمين صحي، لكن لم تحضر بطاقة التأمين الخاصة بك: يُرجى إكمال هذا النموذج في المنزل وإرساله إلى عنوان البريد الموجود أدناه.

يُرجى إرسال الفاتورة الخاصة بزيارتي إلى التأمين الصحي المدرج أدناه:

اسم التأمين الصحي: _____

عنوان التأمين الصحي: _____

رقم الهاتف الخاص بالتأمين الصحي: _____

رقم تعريف التأمين: _____ رقم المجموعة: _____

إذا كانت التغطية التأمينية من خلال الزوج / الزوجة أو أحد الأبوين أو شخص آخر:

اسم حامل بوليصة التأمين: _____ تاريخ ميلاد حامل بوليصة التأمين: _____

صلة القرابة بالمؤمن عليه: ( ) زوج/ زوجة ( ) أحد الأبوين ( ) شخص آخر

التوقيع: _____ **التاريخ:** _____

ب- إذا لم يكن لديك تأمين صحي: يُرجى استخدام المقياس المتدرج.

1. في عمود حجم الأسرة، حدّد عدد أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك، بما فيهم أنت.
2. اقرأ أفقيا وحدد دخلك السنوي. لن يُطلب منك تقديم إثبات لعدد أفراد الأسرة أو الدخل السنوي.
3. انظر للأسفل في أسفل ذلك العمود لترى المبلغ المستحق.
4. حرّر شيكًا أو حوالة مالية (ليس نقدا)، مستحق الدفع لصالح **NYC Department of Health and Mental Hygiene.**
5. أضف **اسم المريض وتاريخ الزيارة ورقم تعريف المريض** (الموجودة على الجهة الأمامية لهذا الخطاب) على الشيك أو الحوالة المالية. العنوان الذي يتم إرسال المدفوعات إليه موجود أدناه.

المقياس المتدرج

حجم الأسرة	الدخل السنوي					
1	أقل من 17,235 دولارًا	17,236 دولارًا إلى 22,980 دولارًا	22,981 دولارًا إلى 28,725 دولارًا	28,726 دولارًا إلى 34,470 دولارًا	34,471 دولارًا إلى 40,215 دولارًا	أكثر من 40,216 دولارًا
2	أقل من 23,265 دولارًا	23,266 دولارًا إلى 31,020 دولارًا	31,021 دولارًا إلى 38,775 دولارًا	38,776 دولارًا إلى 46,530 دولارًا	46,531 دولارًا إلى 54,285 دولارًا	أكثر من 54,286 دولارًا
3	أقل من 29,295 دولارًا	29,296 دولارًا إلى 39,060 دولارًا	39,061 دولارًا إلى 48,825 دولارًا	48,826 دولارًا إلى 58,590 دولارًا	58,591 دولارًا إلى 68,355 دولارًا	أكثر من 68,356 دولارًا
4	أقل من 35,325 دولارًا	35,326 دولارًا إلى 47,100 دولار	47,101 دولار إلى 58,875 دولارًا	58,876 دولارًا إلى 70,650 دولارًا	70,651 دولارًا إلى 82,425 دولارًا	أكثر من 82,426 دولارًا
5	أقل من 41,355 دولارًا	41,356 دولارًا إلى 55,140 دولارًا	55,141 دولارًا إلى 68,925 دولارًا	68,926 دولارًا إلى 82,710 دولارات	82,711 دولارًا إلى 96,495 دولارًا	أكثر من 96,496 دولارًا
6	أقل من 47,385 دولارًا	47,386 دولارًا إلى 63,180 دولارًا	63,181 دولارًا إلى 78,975 دولارًا	78,976 دولارًا إلى 94,770 دولارًا	94,771 دولارًا إلى 110,565 دولارًا	أكثر من 110,566 دولارًا
7	أقل من 53,415 دولارًا	53,416 دولارًا إلى 71,220 دولارًا	71,221 دولارًا إلى 89,025 دولارًا	89,026 دولارًا إلى 106,830 دولارًا	106,831 دولارًا إلى 124,635 دولارًا	أكثر من 124,636 دولارًا
الرسوم	**0 دولار**	**3.57 دولارات**	**7.14 دولارات**	**10.71 دولارات**	**14.28 دولارًا**	**17.85 دولارًا**

أمثلة على مقياس الرسوم:

- شخص منفرد (عدد أفراد الأسرة 1) بدخل سنوي 28,000 دولار: الرسوم المستحقة 7.14 دولارًا.
- شخص يعيش مع 3 أطفال وزوجة وأحد الأبوين (عدد أفراد الأسرة 6)، بدخل سنوي 85,000 دولار: الرسوم المستحقة 10.71 دولارت.

واستنادًا إلى المقياس المتدرج، يتم إرفاق مبلغ للسداد مقداره _____ دولار.

يُرجى إرسال النموذج مكتملًا (أ) أو الدفع (ب) إلى:

NYC Department of Health and Mental Hygiene
Attn: Division of Finance
42-09 28th Street, CN 32W
Long Island City, NY 11101