



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE

Oxiris Barbot, MD
Commissioner

尊敬的患者：

此函是要通知您，紐約市衛生局(New York City Health Department)為成人（年滿 19 歲及以上) 提供的診所服務可能要求健康保險資訊或收取費用。衛生局必須要求相關服務的保險或付款，以符合聯邦醫療補助 (Medicaid)的標準與其他法律要求。

- 如果您沒有健康保險或是不想向您的保險開立此訪視的帳單，請參閱 **A 小節**。
- 如果您想使用您的健康保險來支付此訪視，請參閱 **B 小節**。

如果您沒有健康保險或無法支付費用，您仍然可以取得服務。

如需更多關於計費的資訊，請造訪 nyc.gov/health 並搜尋「診所計費常見問題集」("clinic billing FAQ") 或致電 311 並詢問關於「衛生局診所計費」。若您有任何疑問，請詢問診所工作人員。

誠摯的，

Oxiris Barbot, MD 局長

A. 如果您沒有健康保險或是不想向您的保險開立帳單，請使用浮動計算。

1. 在「家庭人口」欄中，找出住在您家中的家庭成員人數，包括自己在內。
2. **橫跨**查看並找出自己的年收入。不會要求您提出家庭人口或年收入的證明。
3. **往下**看到該欄的底部，查閱你欠款多少。
4. 填寫支票或匯票（非現金），抬頭給 **NYC Department of Health and Mental Hygiene**。
5. 在支票或匯票上註明**患者的姓名、訪視日期與患者 ID 號碼**（出現於本函的正面的標籤上）。郵寄付款的地址如下。

浮動計算

家庭人口	年收入					
	1	低於 \$16,643	\$16,643 到 \$18,093	\$18,094 到 \$30,150	\$30,151 到 \$36,180	\$36,181 到 \$48,240
2	低於 \$22,411	\$22,411 到 \$24,360	\$24,361 到 \$40,600	\$40,601 到 \$48,720	\$48,721 到 \$64,960	超過 \$64,960
3	低於 \$28,180	\$28,180 到 \$30,630	\$30,631 到 \$51,050	\$51,051 到 \$61,260	\$61,261 到 \$81,680	超過 \$81,680
4	低於 \$33,948	\$33,948 到 \$36,900	\$36,901 到 \$61,500	\$61,501 到 \$73,800	\$73,801 到 \$98,400	超過 \$98,400
5	低於 \$39,716	\$39,716 到 \$43,170	\$43,171 到 \$71,950	\$71,951 到 \$86,340	\$86,341 到 \$115,120	超過 \$115,120
6	低於 \$45,485	\$45,485 到 \$49,440	\$49,441 到 \$82,400	\$82,401 到 \$98,880	\$98,881 到 \$131,840	超過 \$131,840
7	低於 \$51,253	\$51,253 到 \$55,710	\$55,711 到 \$92,850	\$92,851 到 \$111,420	\$111,421 到 \$148,560	超過 \$148,560
費用	\$0	\$15	\$20	\$30	\$40	\$50

費用計算範例：

- 年收入 \$28,000 的單身人士（家庭人口為 1）：應付 \$20。
- 與 3 名子女、配偶與父母中的一位（家庭人口為 6），年收入 \$85,000：應付 \$30。

B. 使用您的健康保險來支付此訪視：

如果您今天沒有攜帶您的保險卡，請填寫本頁底部並投遞到以下的郵寄地址。

如果您在診所提交了保險資訊或會通過郵件提交，您或您的保戶可能收到來自您的保險提供者的福利說明 (Explanation of Benefits, EOB)。EOB 將列出您收到的服務並顯示是否需要共付額。如果您應付共付額，請郵寄支票或匯票（非現金），抬頭為：**NYC Department of Health and Mental Hygiene**，郵寄到下列地址。在支票或匯票上註明**患者的姓名、訪視日期與患者 ID 號碼**（出現於本函的正面）。

郵寄地址：

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

請將我的訪視向以下所列的健康保險開立帳單：

健康保險名稱：_____

健康保險地址：_____

健康保險電話號碼：_____

保險 ID：_____ 群組號碼：_____

如果保險承保是通過配偶、家長或其他：

保戶姓名：_____ 保戶出生日期：_____

與受保人的關係：() 配偶 () 家長 () 其他

簽名：_____ 日期：_____