

# 按收入比例调整的收费标准

## 12/2025 年申请和费用协议



客户姓名: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

家庭住址: \_\_\_\_\_ 账单地址: \_\_\_\_\_

付款责任人姓名: \_\_\_\_\_ 与客户的关系: \_\_\_\_\_

您是否申请过 Medicaid? 是 ☐ 否 ☐ 如果是, 结果如何? \_\_\_\_\_

收入来源				
来源	金额 (\$)	每周	每两周	每年
工资 (本人)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
工资 (配偶或其他)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
工伤赔偿		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会保障金 (子女)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会安全补助金 (SSI)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子女抚养费/赡养费		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
军人福利		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失业救济金		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
总收入		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

家庭成员		
姓名	年龄	关系
家庭成员总数		

已提供的收入证明	
请勾选每份已提供文件的复选框:	
<input type="checkbox"/> 联邦所得税表	<input type="checkbox"/> 现金工资的雇主信函
<input type="checkbox"/> 最近两 (2) 份工资单	<input type="checkbox"/> 子女的 CHP ID
<input type="checkbox"/> 近期银行对账单	<input type="checkbox"/> 抚养人证明信
<input type="checkbox"/> 社会保障局打印件	<input type="checkbox"/> 个人声明
<input type="checkbox"/> 抚养费法院命令	

根据下一页的图表, 按收入比例调整的费用为:

\_\_\_\_\_ 每次个人就诊, \_\_\_\_\_ 每次团体就诊

纽约儿童中心 (The Child Center of NY) 接受多种保险, 包括 Medicaid, 并为未投保的个人提供折扣费率。这些费率平等公正地适用于所有个人, 并基于有文件证明的收入低于联邦贫困水平 200 %、家庭规模和联邦指导方针。本人声明, 在此申请中提供的信息真实无误, 且本人已阅读并理解按收入比例调整的收费标准图表。本人同意, 若此信息有任何变更, 将在变更发生后一个月内通知纽约儿童中心, 并且本人必须每年重新认证资格以维持资格。本人知晓, 按收入比例调整的费用基于联邦贫困指导方针, 且纽约儿童中心必须对所有申请人遵守这些方针。本人同意, 如果有资格, 将申请 Medicaid, 否则可能失去按收入比例调整的费用资格。本人理解并同意, 所有费用均应在服务时支付, 若未能提供收入证明文件或未能支付按收入比例调整的费用, 将导致从该项目中被开除。本人已阅读并同意遵守纽约儿童中心的客户付款政策。除非本人或本人的子女符合医疗保健福利的资格, 并在每次就诊时都持有有效保险, 否则本人同意按照上述费率向纽约儿童中心支付为本人或本人的子女提供的服务费用。

\_\_\_\_\_  
申请人或责任方签名

\_\_\_\_\_  
正楷姓名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
项目代表签名

\_\_\_\_\_  
正楷姓名

\_\_\_\_\_  
日期

# 按收入比例调整的收费标准

## 12/2025 年图表



家庭规模 (包括未出生 的孩子)	收入衡量 时间范围	1	2	3	4	5
		0% - 100% 的 联邦贫困水平	101% - 133% 的 联邦贫困水平	134% - 166% 的 联邦贫困水平	167% - 200% 的 联邦贫困水平	高于联邦贫困 水平的 200%
1	年收入 每两周	\$0 - \$15,650 \$0 - \$602	\$15,651 - \$20,815 \$603 - \$801	\$20,816 - \$25,979 \$802 - \$999	\$25,980 - \$31,300 \$1,000 - \$1,204	\$31,301 + \$1,205 +
2	年收入 每两周	\$0 - \$21,150 \$0 - \$813	\$21,151 - \$28,130 \$814 - \$1,082	\$28,131 - \$35,109 \$1,083 - \$1,350	\$35,110 - \$42,300 \$1,351 - \$1,627	\$42,301 + \$1,628 +
3	年收入 每两周	\$0 - \$26,650 \$0 - \$1,025	\$26,651 - \$35,445 \$1,026 - \$1,363	\$35,446 - \$44,239 \$1,364 - \$1,702	\$44,240 - \$53,300 \$1,703 - \$2,050	\$53,301 + \$2,051 +
4	年收入 每两周	\$0 - \$32,150 \$0 - \$1,237	\$32,151 - \$42,760 \$1,238 - \$1,645	\$42,761 - \$53,369 \$1,646 - \$2,053	\$53,370 - \$64,300 \$2,054 - \$2,473	\$64,301 + \$2,474 +
5	年收入 每两周	\$0 - \$37,650 \$0 - \$1,448	\$37,651 - \$50,075 \$1,449 - \$1,926	\$50,076 - \$62,499 \$1,927 - \$2,404	\$62,500 - \$75,300 \$2,405 - \$2,896	\$75,301 + \$2,897 +
6	年收入 每两周	\$0 - \$43,150 \$0 - \$1,660	\$43,151 - \$57,390 \$1,661 - \$2,207	\$57,391 - \$71,629 \$2,208 - \$2,755	\$71,630 - \$86,300 \$2,756 - \$3,319	\$86,301 + \$3,320 +
7	年收入 每两周	\$0 - \$48,650 \$0 - \$1,871	\$48,651 - \$64,705 \$1,872 - \$2,489	\$64,706 - \$80,759 \$2,490 - \$3,106	\$80,760 - \$97,300 \$3,107 - \$3,742	\$97,301 + \$3,743 +
8	年收入 每两周	\$0 - \$54,150 \$0 - \$2,083	\$54,151 - \$72,020 \$2,084 - \$2,770	\$72,021 - \$89,889 \$2,771 - \$3,457	\$89,890 - \$108,300 \$3,458 - \$4,165	\$108,301 + \$4,166 +
按收入比例调整的收 费标准		\$0	\$30	\$45	\$60	治疗疗程 — \$150
团体费用		\$0	\$12	\$18	\$24	\$60
支持性服务 *仅限 CCBHC 使用*		\$0	\$12	\$18	\$24	\$60
仅限评估		\$205 — 不适用于按收入比例调整的费用 (DMV、法院转介、地方检察官转介、律师转介, 且必须在服务提供前收取费用)				
所有费用均应在服务时支付, 可接受的付款方式为现金、信用卡/借记卡或汇票。 不接受个人支票。						

