

Udhëzime si të aplikoni për ndihmë financiare

(Financial Assistance Application Instructions)

Programi i ndihmës financiare i Northwell Health synon të ndihmojë pacientët që kanë marrë shërbime mjekësore të nevojshme, por që janë të pasiguruar ose i kanë konsumuar përfitimet e tyre për një shërbim të caktuar. Përfitueshmëria për programin bazohet në të ardhurat aktuale dhe është në dispozicion për individë me të ardhura familjare më të ulëta se ato që tregohen më poshtë:

Madhësia e vatrës familjare / familjes	Të ardhurat maksimale për vatrë familjare (500% e Kriteve Federale të Varfërisë për vitin 2022)
1	\$67,950
2	\$91,550
3	\$115,150
4	\$138,750
5	\$162,350
6	\$185,950
Për çdo person të mtejshëm, shtoni	\$23,600
* 2022 tregohet për synime ilustrative. Shumat përditësohen çdo vit, sipas nevojës.	

Kur të plotësoni një aplikim për ndihmë financiare, lutemi kini parasysh sa vijon:

- Aplikimi nuk është i plotë derisa të dorëzohet gjithë Dokumentacioni i Nevojshëm. Një aplikacion jo i plotë **nuk** do të shqyrtohet dhe ashtu do të vazhdojë cikli normal i faturimit.
- **Dokumentacioni i Nevojshëm** – bashkëngjitni kopje të çqeve, dëftesave të pagës ose ekstrakteve bankare që mbështetin çdo lloj të ardhure të raportuar në aplikimin tuaj për ndihmë financiare. Veç kësaj, jepni kopje të gjithë faturave ose ekstrakteve bankare që ju dëshironi të shqyrtohen si pjesë e aplikimit tuaj. Kini parasysh se ne ruajmë të drejtën të kërkojmë dokumentacion shtesë në lidhje me asetet, për pacientët me të ardhura familjare nën 150% të Nivelit Federal të Varfërisë.
- Pasi të marrim aplikimin tuaj të plotësuar, ju mund t'i injoroni të gjitha faturat / ekstraktet derisa të merrni njoftim me shkrim në lidhje me statusin e aplikimit tuaj për ndihmë financiare.
- Aplikantët për ndihmë financiare pritet që të ofrojnë bashkëpunim të plotë, duke aplikuar për çdo program sigurimesh shëndetësore të sponsorizuar nga qeveria (p.sh., Medicaid, Child Health Plus, etj.) nga ku Northwell Health beson se ju mund të përfitoni.
- Dërgojeni aplikimin tuaj me postë te:

Mather Hospital Northwell Health
 Financial Assistance Unit
 100 Highlands Blvd Box 9
 Port Jefferson, NY 11777

Për më shumë informacion, lutemi telefononi 631-476-2801 Option 1

APLIKIMI PËR NDIHMË FINANCIARE (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Informacion për aplikantin:

Emri i aplikantit, i prindit, i kujdestarit _____ Numri i Sigurimeve Shoqërore _____ Datëlindja: Muaji _____ Data _____ Viti _____ Gjuha e preferuar _____

Adresa e shtëpisë e aplikantit Qyteti Shteti Kodi postar _____

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____
Numri i telefonit celular, në shtëpi, në punë _____ Numri i telefonit celular, në shtëpi, në punë _____ Adresa e Emailit _____

Informacion për pacientin:

Emri i pacientit _____ Numri i Sigurimeve Shoqërore _____ Datëlindja: Muaji _____ Data _____ Viti _____

Marrëdhënia e pacientit me aplikantin: ☐ Unë vetë ☐ Bashkëshort/Partner ☐ Prind/Kujdestar ligjor ☐ Fëmijë
☐ Tjetër: _____

Lutemi specifikoni

LUTEMI TREGONI INSTITUCIONIN NORTHWELL HEALTH ME TË CILIN PACIENTI KA FATURA TË PAPAGUARA:

Data e përafërt e shërbimit: _____ Numri/at i/e llogarisë: _____

Madhësia e familjes gjithsej: Përmendni personat e varur që jetojnë në shtëpinë e aplikantit dhe për të cilët aplikanti mban përgjegjësi financiare. Shënjoni kutizën përkatëse për secilin person të vrur.

Emri	Moshë	Marrëdhënia			
		Bashkëshort/Partner	Prind	Fëmijë	Tjetër
1. _____	_____	☐	☐	☐	☐
2. _____	_____	☐	☐	☐	☐
3. _____	_____	☐	☐	☐	☐
4. _____	_____	☐	☐	☐	☐
5. _____	_____	☐	☐	☐	☐

Të ardhurat mujore bruto gjithsej për 30 ditët e fundit:

Burimet e të ardhurave	Aplikanti/Pacienti	Bashkëshorti/Partneri bashkëjetues
Rrogat	\$ _____	\$ _____
Pagesa të Sigurimeve Shoqërore	\$ _____	\$ _____
Kompensim për Papunësinë	\$ _____	\$ _____
Pagesa të Paafësisë për Punë	\$ _____	\$ _____
Kompensim i Punëtorit	\$ _____	\$ _____
Pagesa të divorcit/Mbështetje për fëmijën	\$ _____	\$ _____
Dividendë, Interes financiar, Të ardhura nga renta	\$ _____	\$ _____
Tjetër	\$ _____	\$ _____

Jepni kopje të çeqeve, dëftesave të pagës ose ekstrakteve, në mbështetje të çdo të ardhure të deklaruar.

☐ Unë jap pëlqimin që një përfaqësues i sigurimeve shëndetësore të më kontaktojë, për të më ndihmuar të aplikoj për sigurim shëndetësor të sponsorizuar nga qeveria.

Koha më e mirë për t'u lidhur me mua: ☐ Mëngjes ☐ Pasdite ☐ Mbrëmje ☐ Fundjavë ☐ Në çdo kohë ☐ MOS më kontaktoni
Vërtetoj se informacioni dhe dokumentacioni i ofruar prej meje dhe përgjigjet e dhëna janë të vërteta dhe të sakta. Nëse nuk paguaj balancën e reduktuar ose të përshtatur, atëherë ndaj meje do të zbatohen praktikatat normale të faturimit dhe të mbledhjes së pagesave të prapambetura të Northwell Health.

X _____ / _____ / _____
Nënshkrimi i aplikantit/Pacientit (Prindit/Kujdestarit ligjor, për një fëmijë të mitur) _____ Data _____

Financial Assistance Application Instructions

The Northwell Health Financial Assistance Program is designed to help patients who have received medically necessary services but are uninsured or have exhausted their benefits for a particular service. Eligibility for the program is based on current income and is available to individuals with household incomes that are less than those shown below:

Household / Family Size	Maximum Household Income (500% of 2022 of Federal Poverty Guidelines)
1	\$67,950
2	\$91,550
3	\$115,150
4	\$138,750
5	\$162,350
6	\$185,950
For each additional person, add	\$23,600
* 2022 shown for illustrative purpose. Amounts updated annually as necessary.	

When completing an application for Financial Assistance please remember the following:

- An application is not complete until all Required Documentation is received. An incomplete application **will not** be reviewed and the normal billing cycle will continue.
- **Required Documentation** – attach copies of checks, pay stubs or statements that support any of the types of income that are reported on your financial assistance application. In addition, please provide copies of all bills or statements that you would like reviewed as part of your application. Note that we reserve the right to request additional documentation related to assets for patients with household incomes under 150% of the Federal Poverty Level.
- Once we receive your completed application, you can disregard any bills / statements until you receive written notification regarding the status of your financial assistance application.
- Applicants for financial assistance are expected to fully cooperate in applying for any government sponsored health insurance program (e.g., Medicaid, Child Health Plus, etc.) that Northwell Health believes you may be eligible for.
- Please mail your application to:

Mather Hospital Northwell Health
 Financial Assistance Unit
 100 Highlands Blvd Box 9
 Port Jefferson, NY 11777

For more information please call 631-476-2801 Option 1

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Applicant's Information:

Applicant's, Parent, Guardian Name _____ Social Security Number _____ DOB: Mo Day Year _____ Preferred Language _____

Applicant's Home Address City State Zip Code _____

() - () -
 Cell, Home, Work Phone Number Cell, Home, Work Phone Number Email Address _____

Patient's Information:

Patient's Name _____ Social Security Number _____ DOB: Mo Day Year _____

Patient's Relationship to Applicant: ☐ Self ☐ Spouse/Partner ☐ Parent/Legal Guardian ☐ Child
☐ Other: _____

Please Specify _____

PLEASE STATE THE NORTHWELL HEALTH FACILITY THAT THE PATIENT HAS OUTSTANDING BILLS WITH:

Approximate Date of Service: _____ Account Number(s): _____

Total Household Size: List the dependents who reside in the applicant's house for which the applicant takes financial responsibility. Check the appropriate box for each dependent.

Name	Age	Relationship			
		Spouse/Partner	Parent	Child	Other
1. _____	_____	☐	☐	☐	☐
2. _____	_____	☐	☐	☐	☐
3. _____	_____	☐	☐	☐	☐
4. _____	_____	☐	☐	☐	☐
5. _____	_____	☐	☐	☐	☐

Total Gross Monthly Income for the last 30 days:

Sources of Income	Applicant/Patient	Spouse/Live-in Partner
Wages	\$ _____	\$ _____
Social Security Payment	\$ _____	\$ _____
Unemployment Compensation	\$ _____	\$ _____
Disability Payment	\$ _____	\$ _____
Workers Compensation	\$ _____	\$ _____
Alimony/Child Support	\$ _____	\$ _____
Dividends, Interests, Rental Income	\$ _____	\$ _____
Other	\$ _____	\$ _____

Please provide copies of checks, paystubs, or statements to support all reported income.

☐ I allow a health insurance representative to contact me to assist me in applying for government sponsored health insurance.

Best time to be reached: ☐ Morning ☐ Afternoon ☐ Evening ☐ Weekend ☐ Anytime ☐ Do NOT contact me

I certify that the information and documentation provided and that the answers given are truthful and accurate. My failure to pay any reduced or adjusted balance will subject me to the normal billing and collection practices of Northwell Health.

X _____ Date _____
 Applicant/Patient Signature (Parent/Legal Guardian for minor child)