

## הוראות למילוי בקשה לסיוע כספי (Financial Assistance Application Instructions)

תכנית הסיוע הכספי של Northwell Health מיועדת לסייע למטופלים שקיבלו שירותים רפואיים חיוניים אך אין ברשותם ביטוח רפואי, או שמיצו את ההטבות המגיעות להם עבור שירות מסוים. הזכאות לתכנית מבוססת על רמת ההכנסה הנוכחית והיא עומדת לרשות אנשים שהכנסת משק הבית שלהם נמוכה מן המוצג להלן:

ההכנסה המרבית של משק הבית (500% מהקווים המנחים הפדרליים לעוני עבור 2022)	גודל משק הבית / המשפחה
\$67,950	1
\$91,550	2
\$115,150	3
\$138,750	4
\$162,350	5
\$185,950	6
\$23,600	עבור כל אדם נוסף, יש להוסיף
2022 מוצגת למטרות המחשה. הסכומים מתעדכנים אחת לשנה כנדרש.	

עת מילוי טופס הבקשה לסיוע כספי, אנא זכרו:

- הבקשה אינה מלאה כל עוד לא התקבלו כל המסמכים הנדרשים בקשה שאינה מלאה לא תטופל ותהליך החיוב הרגיל יתחיל.
- **מסמכים נדרשים** – עליכם לצרף העתקים של המחאות (שיקים), תלושי משכורת או הצהרות תומכות עבור כל סוגי ההכנסה המדווחים בבקשתכם לקבלת סיוע כספי. בנוסף, עליכם למסור העתקים של כל החשבונות או דפי החשבון שהייתם רוצים לתת לעיון כחלק מבקשתכם. שימו לב כי אנו שומרים את הזכות לבקש מסמכים נוספים הקשורים לנכסים של מטופלים שהכנסת משק הבית שלהם נמוכה מ-150% מקו העוני הפדרלי.
- מרגע שנקבל את בקשתכם המלאה, אתם רשאים להתעלם מחשבונות / סיכומי חשבון כלשהם, עד שתקבלו הודעה בכתב בנוגע לסטטוס בקשתכם לסיוע כספי.
- מבקשי סיוע כספי מצופים להעניק שיתוף פעולה מלא בהגשת בקשה לכל תכנית ביטוח בריאות במימון ממשלתי (כגון Medicaid, Child Health Plus וכד') שאתם עשויים להיות זכאים לה לדעת Northwell Health.

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

**למידע נוסף, חייגו: Option 1 631-476-2801**

## בקשה לסיוע כספי (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

**פרטי המבקש:**

שם המבקש, ההורה, האפוטרופוס \_\_\_\_\_ מספר ביטוח לאומי \_\_\_\_\_ תאריך לידה: חודש יום שנה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שפה מועדפת \_\_\_\_\_

כתובת המגורים של המבקש, עיר, מדינה, מיקוד \_\_\_\_\_

מספר טלפון נייד, בית, עבודה \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) מספר טלפון נייד, בית, עבודה \_\_\_\_\_ כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

**פרטי המטופל:**

שם המטופל \_\_\_\_\_ מספר ביטוח לאומי \_\_\_\_\_ תאריך לידה: חודש יום שנה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

הקשר של המטופל למבקש:  עצמי  בעל-אישה / בן-בת זוג  הורה / אפוטרופוס חוקי  ילד  אחר: \_\_\_\_\_

נא לפרט \_\_\_\_\_

**נא לציין באיזה מתקן של NORTHWELL HEALTH יש למטופל חשבונות שטרם שולמו:**

התאריך המקורב של קבלת השירות: \_\_\_\_\_ מספר(י) חשבון: \_\_\_\_\_

מספר האנשים הכולל במשק הבית: יש לרשום את שמות התלויים המתגוררים בבית המבקש, שהמבקש נושא באחריות הכלכלית עבורם. יש לסמן את המשבצת המתאימה לכל תלוי.

	קשר									
	אחר	ילד	הורה	בעל-אישה/בן-בת זוג	גיל					שם
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**סך ההכנסה החודשית ברוטו ב-30 הימים האחרונים:**

מקורות הכנסה	מבקש / מטופל	בעל-אישה / בן-בת זוג שחי אתך
שכר עבודה	\$ _____	\$ _____
תשלום מביטוח לאומי	\$ _____	\$ _____
דמי אבטלה	\$ _____	\$ _____
קצבת נכות	\$ _____	\$ _____
פיצויים לעובד בגין נזקי גוף	\$ _____	\$ _____
מזונות בת זוג/מזונות ילדים	\$ _____	\$ _____
דיבידנדים, זכויות בנכסים, הכנסה משכירות	\$ _____	\$ _____
אחר	\$ _____	\$ _____

נא למסור העתקים של המ-  
חאות, תלושי שכר או  
דפי חשבון לתמיכה בכל ההכנ-  
סה המדווחת

אני נותן את רשותי לנציג הביטוח לפנות אליי כדי לסייע לי בהגשת בקשה לביטוח בריאות במימון ממשלתי. השעות הטובות ביותר להשיג אותי:  בוקר  אחר הצהריים  ערב  סוף שבוע  בכל זמן  אל תיצרו אתי קשר הנני מאשר/ת כי המידע והמסמכים שצירפתי והתשובות שמסרתי הנם נכונים ומדויקים. הימנעותי מתשלום כל יתרה מופחתת או מותאמת תחשף אותי להליכי החיוב והגבייה הרגילים של Northwell Health.

X \_\_\_\_\_ תחיתת המבקש/מטופל (הורה/אפוטרופוס חוקי לילד קטין) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ תאריך

## 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. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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)