

Mali Yardım Uygulama Talimatları

(Financial Assistance Application Instructions)

Northwell Health Mali Yardım Programı, tıbbi olarak gerekli hizmetleri almış ama sigortasız veya belirli bir hizmet için kendi yardımlarını bitirmiş olan hastalara yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Program için uygunluk mevcut gelir düzeyine dayanır ve aşağıda gösterilenlerden daha düşük hane gelirlerine sahip olan bireyler için kullanılabilir:

Hane / Aile Sayısı	Azami Aile Geliri (2022 Federal Fakirlik Esaslarının %500'ü)
1	\$67,950
2	\$91,550
3	\$115,150
4	\$138,750
5	\$162,350
6	\$185,950
Her ek kişi için, ekleyin	\$23,600
* 2022 emsal amaçla gösterilmiştir. Miktarlar gerektiğinde yıllık olarak güncellenmektedir.	

Bir Mali Yardım başvurusu tamamlarken lütfen aşağıdakileri unutmayın:

- Bir başvuru, tüm Gerekli Belgeler alınana kadar tamamlanmış değildir. Eksik başvuru **değerlendirilmeyecektir** ve normal fatura döngüsü devam edecektir.
- **Gerekli Belgeler** – çek kopyalarını, maaş makbuzlarını veya mali yardım başvurunuzda rapor edilen gelir türlerinden herhangi birini destekleyen belgeleri ekleyin. Buna ek olarak, tüm faturaları veya başvurunuzun bir parçası olarak değerlendirilmesini istediğiniz belgelerin kopyalarını iletiniz. Gelirleri %150 Federal yoksulluk düzeyinin altında kalan hastalar için ilave belgeler isteme hakkını saklı tuttuğumuzu lütfen göz önünde bulundurunuz.
- Tamamlanmış başvurunuzu aldığımızda, mali yardım başvurunuzun durumu ile ilgili yazılı bildirim alana kadar herhangi bir faturayı/belgeyi dikkate almayabilirsiniz.
- Mali yardım programına başvuranlardan, Northwell Health'ın sizin için uygun olduğuna inandığı devlet destekli herhangi bir sağlık sigortası programı (Örneğin, Medicaid, Child Health Plus vb.) başvurusunda tam bir işbirliği beklenmektedir.
- Lütfen başvurunuzu bu posta adresine gönderiniz: Mather Hospital Northwell Health
Financial Assistance Unit
100 Highlands Blvd Box 9
Port Jefferson, NY 11777

Daha fazla bilgi için lütfen 631-476-2801 Option 1 'i arayınız

MALİ YARDIM BAŞVURUSU

(FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Başvuru Sahibinin Bilgileri:

Başvuru Sahibinin, Velisinin, Vasisinin İsmi _____ Sosyal Güvenlik Numarası _____ Doğum tarihi: Ay / Gün / Yıl _____ Tercih Edilen Dil _____

Başvuru Sahibinin Ev Adresi, Şehir, Eyalet, Posta Kodu _____

() _____ () _____
Cep, Ev, İş Telefon Numarası _____ Cep, Ev, İş Telefon Numarası _____ E-Posta Adresi _____

Hastanın bilgileri:

Hastanın Adı: _____ Sosyal Güvenlik Numarası _____ Doğum tarihi: Ay / Gün / Yıl _____
Hastanın, Başvuru Sahibine Yakınlık Derecesi: ☐ Kendisi ☐ Eşi/Partneri ☐ Velisi/Yasal Vasisi ☐ Çocuğu
☐ Diğer: _____
Lütfen Belirtin _____

LÜTFEN HASTANIN ÖDENMEMİŞ FATURALARI BULUNAN NORTHWELL HEALTH TESİSİNİ BELİRTİNİZ:

Yaklaşık Hizmet Tarihi: _____ Hesap Numara/ları: _____

Ailede Yaşayanların Sayısı: Başvuru sahibinin mali sorumluluğunu aldığı, başvuru sahibi ile birlikte yaşayan ve onun bakmakla yükümlü olduğu kişileri sıralayınız. Başvuru sahibinin bakmakla yükümlü olduğu her kişi için uygun kutuyu işaretleyiniz.

İsim	Yaş	Başvuru Sahibine Yakınlık Derecesi			
		Eşinin/Partnerinin	Veli	Çocuk	Diğer
1. _____	_____	☐	☐	☐	☐
2. _____	_____	☐	☐	☐	☐
3. _____	_____	☐	☐	☐	☐
4. _____	_____	☐	☐	☐	☐
5. _____	_____	☐	☐	☐	☐

Son 30 gün içerisindeki Toplam Brüt Aylık Gelir:

Gelir kaynakları	Başvuru Sahibi/Hasta	Eş/Birlikte Yaşadığı
Maaş	\$ _____	\$ _____
Sosyal Güvenlik Ödemesi	\$ _____	\$ _____
İşsizlik Tazminatı	\$ _____	\$ _____
Engellilik [Maluliyet] Ödemesi	\$ _____	\$ _____
İşçi Tazminatı	\$ _____	\$ _____
Nafaka/Çocuk Desteği	\$ _____	\$ _____
Temettüleri (Kar Sahipleri), Faizler, Kira Geliri	\$ _____	\$ _____
Diğer	\$ _____	\$ _____

Lütfen çeklerin, maaş makbuzlarının veya tüm ifade edilen geliri destekleyebilecek belgelerin kopyalarını iletiniz.

☐ Bir sağlık sigortası temsilcisinin devlet destekli sağlık sigortasına başvuruda bana yardım etmesi için benimle irtibata geçmesini onaylıyorum.

İrtibat için en uygun zamanlar: ☐ Sabah ☐ Öğleden sonra ☐ Akşam ☐ Hafta sonu ☐ Her zaman
☐ Benimle irtibata GEÇMEYİN

Tarafımda temin edilen bilgilerin, belgelerin ve verilen cevapların gerçeğe uygun ve doğru olduğunu tasdik ederim. Herhangi bir indirim veya düzeltme yapılmış bakiyeyi ödeyemem, beni Northwell Health'in olağan fatura ve tahsilat uygulamalarına tabii tutacaktır.

X _____ / _____ / _____
Başvuru Sahibi/Hasta İmzası (Küçük çocuk için velisi/yasal vasisi) _____ Tarih _____

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