

مالی اعانت کی درخواست کے لیے ہدایات (Financial Assistance Application Instructions)

Northwell Health کا مالی اعانت کا پروگرام (Financial Assistance Program) ان مریضوں کی مدد کے لیے تیار کیا گیا ہے جنہیں طبی لحاظ سے لازمی خدمات موصول ہوئی ہیں لیکن جو بیمہ شدہ نہیں ہیں یا جو ایک مخصوص خدمت کے لیے اپنی مراعات استعمال کر چکے ہیں۔ پروگرام کے لیے اہلیت کی بنیاد موجودہ آمدنی پر ہے اور یہ اتنی گھریلو آمدنی والے افراد کے لیے ہے جو نیچے دکھائی گئی آمدنی سے کم ہو:

گھرانے کی زیادہ سے زیادہ آمدنی (2022 غربت کے وفاقی رہنما خطوط کا 500%)	گھرانے / خاندان کا سائز
\$67.950	1
\$91.550	2
\$115.150	3
\$138.750	4
\$162.350	5
\$185.950	6
\$23.600	ہر ایک اضافی فرد کے لیے، شامل کریں
* 2022 وضاحتی مقاصد کے لیے دکھائے گئے ہیں۔ رقم میں حسب ضرورت ہر سال تبدیلی ہوتی ہے۔	

مالی اعانت کے لیے درخواست مکمل کرتے وقت براہ کرم درج ذیل باتیں یاد رکھیں:

- درخواست تب تک مکمل نہیں ہوتی ہے جب تک مطلوبہ دستاویزی شہادت موصول نہ ہو جائے۔ نامکمل درخواست کا جائزہ نہیں لیا جائے گا اور بلنگ کا معمول کا دور جاری رہے گا۔
- **مطلوبہ دستاویزی شہادت** – ان چیکوں، ادائیگی کی پرچیوں یا گوشواروں کی کاپیاں منسلک کریں جن سے آپ کی مالی اعانت کی درخواست پر رپورٹ کردہ کسی بھی قسم کی آمدنی کی تائید ہوتی ہو۔ اس کے علاوہ، براہ کرم ان سبھی بلوں یا گوشواروں کی کاپیاں فراہم کریں جن کے بارے میں آپ چاہتے ہیں کہ ہم آپ کی درخواست کے حصے کے بطور جائزہ ان کا جائزہ لیں۔ نوٹ کر لیں کہ وفاقی سطح افلاس کے 150% سے کم آمدنی والے گھرانوں کے لیے اثاثوں سے متعلقہ دستاویزی شہادت طلب کرنے کا حق محفوظ رکھتے ہیں۔
- ہمارے ذریعہ آپ کی مکمل کردہ درخواست کا جائزہ لے لینے پر، ہم کسی بھی بل / گوشوارے کو تب تک کے لیے نظر انداز کر سکتے ہیں جب تک آپ کو اپنی مالی اعانت کی درخواست کی صورتحال کے سلسلے میں تحریری اطلاع موصول نہ ہو جائے۔
- مالی اعانت کے لیے درخواست دہندگان سے حکومت کی کفالت کردہ ایسے صحت بیمہ پروگرام (جیسے Medicaid، Child Health Plus وغیرہ) کے لیے درخواست دینے میں مکمل تعاون کرنے کی توقع کی جاتی ہے جس کے لیے Northwell Health کے یقین کے مطابق آپ اہل ہو سکتے ہیں۔

!جیسے بھ کاپتے پر ڈس اس تساپنی درخوا مہ کرابر :
Mather Hospital Northwell Health Financial
Assistance Unit
100 Highlands Blvd Box 9
Port Jefferson, NY 11777

مزید معلومات کے لیے براہ کرم 631-476-2801 Option 1 م پر کال کریں

مالی اعانت کی درخواست (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

درخواست دہندہ، والدین، سرپرست کا نام:

سوشل سیکیورٹی نمبر _____ تاریخ پیدائش مہینہ _____ سال _____
تاریخ پیدائش مہینہ _____ سال _____
ترجیحی زبان _____

درخواست دہندہ کا گھر کا پتہ شہر ریاست زپ کوڈ

(_____) (_____) (_____) سیل فون نمبر، گھر کا فون نمبر، دفتر کا فون نمبر
سیل فون نمبر، گھر کا فون نمبر، دفتر کا فون نمبر
ای میل پتہ _____
مریض کی معلومات:

مریض کا نام _____ سوشل سیکیورٹی نمبر _____
تاریخ پیدائش مہینہ _____ سال _____
درخواست دہندہ سے مریض کا رشتہ: ☐ خود ☐ شریک حیات/پارٹنر ☐ والدین/قانونی سرپرست ☐ بچہ ☐ دیگر: _____
براہ کرم بیان کریں

براہ کرم NORTHWELL HEALTH کی اس فسیلیٹی کا نام بتائیں مریض کے اوپر جس کے بقایا ہیں:

ختم کی تخمینی تاریخ: _____ اکاؤنٹ نمبر (نمبرز): _____

گھرانے کا کل سائز: ان منحصرین کا اندراج کریں جو درخواست دہندہ کے اس گھر میں رہتے ہیں جس کی مالی ذمہ داری درخواست دہندہ اٹھاتا ہے۔ ہر منحصر فرد کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں۔

نام	عمر	شریک حیات/پارٹنر	والدین	بچہ	دیگر
1.	_____	☐	☐	☐	☐
2.	_____	☐	☐	☐	☐
3.	_____	☐	☐	☐	☐
4.	_____	☐	☐	☐	☐
5.	_____	☐	☐	☐	☐

پچھلے 30 دنوں کی کل مجموعی ماہانہ آمدنی:

آمدنی کا ذریعہ	درخواست دہندہ/مریض	شریک حیات/لیو ان پارٹنر
اجرتیں	\$ _____	\$ _____
سوشل سیکیورٹی کی ادائیگی	\$ _____	\$ _____
بے روزگاری سے متعلق معاوضہ	\$ _____	\$ _____
معذوری سے متعلق ادائیگی	\$ _____	\$ _____
کارکنان کا معاوضہ	\$ _____	\$ _____
نقہ/چائلڈ سپورٹ	\$ _____	\$ _____
منافع، سود، کرایے سے آمدنی	\$ _____	\$ _____
دیگر	\$ _____	\$ _____

براہ کرم رپورٹ کردہ ساری آمدنی کی تائید کے لیے چیکوں، ادائیگی کی پرچیوں یا گوشواروں کی کاپیاں فراہم کریں۔

☐ میں حکومت کی کفالت کردہ صحت بیمہ کے لیے درخواست دینے میں اپنی اعانت کے لیے صحت بیمہ کے نمائندے کو مجھ سے رابطہ کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

رابطہ کرنے کا بہترین وقت: ☐ صبح ☐ سہ پہر ☐ شام ☐ اواخر ہفتہ ☐ کسی بھی وقت ☐ مجھ سے رابطہ نہ کریں

میں تصدیق کرتا ہوں کہ فراہم کردہ معلومات اور دستاویزی شہادت اور یہ کہ دیے گئے جوابات سچی اور قطعی ہیں۔ کم کردہ یا ایڈجسٹ کردہ کوئی بھی بیلنس ادا کرنے میں میری ناکامی مجھے Northwell Health کی معمول کی بلنگ اور جمع آوری کے طرز عمل کا مستوجب بنائے گی۔

X _____
درخواست دہندہ/مریض کا دستخط (نابالغ بچے کے لیے والدین/قانونی سرپرست)
تاریخ _____

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)