

إرشادات طلب المساعدة المالية (Financial Assistance Application Instructions)

تم تصميم برنامج Northwell للمساعدة المالية الصحية لمساعدة المرضى الذين تلقوا الخدمات الضرورية طبياً ولكن غير مؤمن عليهم أو استنفدوا منافعهم من خدمة معينة. وتستند أهلية البرنامج إلى الدخل الحالي وهي متاحة للأفراد ذوي الدخل الأسرية الأقل من تلك المبين أدناه:

عدد أفراد الأسرة / العائلة	الحد الأقصى للدخل الأسري (500% من المبادئ التوجيهية الفيدرالية للفقير) 2022
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$124,300
4	\$150,000
5	\$175,700
6	\$201,400
لكل فرد إضافي، أضيف	\$25,700
م2023معرضة لهدلا فتوضي. حيثم تحديما ثباغ. سنوياً حسب لاضرورة.	

عند استكمال طلب الحصول على المساعدة المالية، يرجى تذكر ما يلي:

- لا يكتمل الطلب حتى يتم استلام كافة الوثائق المطلوبة. لن تتم مراجعة طلب غير كامل وستستمر دورة الفوترة العادية.
- **الوثائق المطلوبة** - إرفاق نسخ من الشيكات، كعوب شيكات الدفع أو كشوف الحسابات التي تدعم أي من أنواع الدخل التي يتم الإبلاغ عنها في طلب المساعدة المالية الخاص بك. بالإضافة إلى ذلك، يرجى تقديم نسخ من جميع الفواتير أو كشوف الحسابات التي ترغب في مراجعتها كجزء من طلبك. يرجى ملاحظة أننا نحتفظ بالحق في طلب وثائق إضافية تتعلق بأصول المرضى ذوي الدخل الأسري الأقل من 150% من مستوى الفقر الفيدرالي.
- بمجرد استلامنا لطلبك المستكمل، يمكنك تجاهل أي فواتير/شوف حسابات إلى أن تتلقى إخطاراً كتابياً بشأن حالة طلب المساعدة المالية الخاص بك.
- يتوقع من المتقدمين للحصول على المساعدة المالية أن يتعاونوا بشكل كامل خلال تقديم طلب للحصول على أي برنامج تأمين صحي ترعاه الحكومة (مثل Medicaid، Child Health Plus، إلخ) تعتقد شركة Northwell Health أنك مؤهل للحصول عليه.

■ **يُرجى إرسال طبي**
Mather Hospital Northwell Health
Financial Assistance Unit
100!Highlands Blvd Box 9
Port Jefferson, NY 11777

لما لمزيد من لعلا، لدع لصالا ومات يرجى 2 Option 631-476-2801 مق

طلب المساعدة المالية (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

معلومات عن مقدم الطلب:

اسم مقدم الطلب، الوالد، الوصي _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد: الشهر/اليوم/السنة _____ اللغة المفضلة _____

عنوان منزل مقدم الطلب المدينة الولاية الرمز البريدي _____

رقم الهاتف المحمول، المنزلي، العمل _____ () _____ رقم الهاتف المحمول، المنزلي، العمل _____ عنوان البريد الإلكتروني _____
معلومات عن المريض:

اسم المريض _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ تاريخ الميلاد: الشهر/اليوم/السنة _____

علاقة المريض بمقدم الطلب: نفس الشخص الزوج/الشريك الوالد/الوصي القانوني الطفل أخرى: _____

يرجى الإيضاح

يرجى ذكر تسهيل NORTHWELL HEALTH الذي لدى المريض فواتير مستحقة الدفع عنه، بالإضافة إلى:

تاريخ الخدمة التقريبي: _____ رقم (أرقام) الحساب: _____

إجمالي حجم الأسرة: سجل المعالين الذين يقيمون في منزل مقدم الطلب الذي يتحمل مقدم الطلب المسؤولية المالية عنهم. حدد المربع المناسب لكل شخص معال.

الاسم	السن	الزوج/الشريك	الأبوين	الطفل	أخرى
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"/>

إجمالي الدخل الشهري الإجمالي خلال آخر 30 يوماً:

مصادر الدخل	المتقدم بالطلب/المريض	الزوج/الشريك المعاشر
الأجور	\$ _____	\$ _____
مدفوعات الضمان الاجتماعي	\$ _____	\$ _____
تعويضات البطالة	\$ _____	\$ _____
مدفوعات الإعاقة	\$ _____	\$ _____
تعويضات العمال	\$ _____	\$ _____
النفقة/دعم الطفل	\$ _____	\$ _____
دخل توزيعات الأرباح، الفوائد، الإيجار	\$ _____	\$ _____
أخرى	\$ _____	\$ _____

يرجى تقديم نسخ من الشيكات، وكعوب شيكات المدفوعات، أو كشوف الحسابات المؤيدة لجمع الإيرادات المبلغ عنها.

اسم ممثل التأمين الصحي بالاتصال بي لمساعدتي في التقدم بطلب للحصول على تأمين صحي برعاية حكومية.

أفضل وقت للتواصل معي: صباحاً بعد الظهر مساءً عطلة نهاية الأسبوع في أي وقت لا تتصل بي

أقر بأن المعلومات والوثائق المقدمة وأن الإجابات المقدمة صحيحة ودقيقة. إن تخلفي عن دفع أي رصيد مُخفّض أو مُعدل سيخضعني لممارسات الفوترة والتحصيل العادية الخاصة بـ

Northwell Health

توقيع مقدم الطلب/المريض (الوالد/الوصي القانوني للطفل القاصر) _____ التاريخ _____

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 2

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)