

دستور العمل های درخواست کمک مالی (Financial Assistance Application Instructions)

برنامه کمک مالی برای کمک Northwell Health مالی برای کمک به بیمارانی است که خدمات ضروری دارویی را دریافت نموده اند اما بیمه نیستند و یا از مزایای خود برای یک سرویس خاص خسته شده اند. واجد شرایط شدن برای این برنامه بر مبنای درآمد فعلی است و برای افرادی با درآمد خانوادگی کمتر از آنچه در زیر آمده است وجود دارد:

خانوار / تعداد نفرات خانواده	حداکثر درآمد خانوار (500% دستورالعمل یاه مربوط به فقر فدرال در سال 2023)
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$124,300
4	\$150,000
5	\$175,700
6	\$201,400
برای هر شخص اضافی، اضافه	\$25,700
* سال 3 بهر ارف نمایش ارائه شده است. مقادیر بر حسب نیاز به صورت سلابنه به روز رسانی می شود.	

در زمان تکمیل درخواست کمک مالی لطفا به موارد زیر دقت شود:

- یک درخواست تا زمان دریافت تمامی مدارک تکمیل نخواهد شد. یک درخواست ناقص بررسی نخواهد شد و پروسه صدور صورتحساب بصورت روال عادی دنبال خواهد شد.
- **مدارک مورد نیاز:** کپی از چک، ته چک های پرداخت شده، اظهارنامه هایی که انواع درآمدهای گزارش شده در برگه درخواست مالی را پوشش دهد. بعلاوه، لطفا یک کپی از تمامی صورتحساب ها و یا اظهار نامه هایی که تمایل دارید که بعنوان بخشی از درخواست شما بررسی شوند ارائه گردد. توجه داشته باشید که ما حق درخواست اسناد و مدارک اضافی مربوط به دارایی برای بیماران با درآمد خانوار زیر 150% از خط فقر فدرال را داریم.
- زمانی که مدارک کامل شما را دریافت نمودیم، شما می توانید تا هنگام دریافت اطلاعاتی چاپی در مورد وضعیت درخواست کمک مالی خود، هر صورتحسابی یا اظهار نامه ای رو نادیده بگیرید.
- از متقاضیان کمک مالی انتظار می رود که در درخواست برای هر برنامه بیمه سلامت حمایتی دولتی کاملا همکاری نمایند (از قبیل: Medicaid، Child Health Plus و غیره) که مرکز Northwell Health معتقد است که ممکن است برای شما مناسب باشد.

بیدال نمازیر ارسدس خود را به آدر تدرخواست افظل: ■
Mather Hospital Northwell Health
Financial Assistance Unit
100!Highlands Blvd Box 9
Port Jefferson, NY 11777

تفه تفر با شمارتشیات بعطباب اسای کبر 2 Option 631-476-2801 سمان

درخواست کمک مالی (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

اطلاعات متقاضی:

نام اولیا،/ قیم متقاضی _____ شماره تامین اجتماعی _____ تاریخ تولد: ماه / روز / سال _____ زبان ترجیحی _____

آدرس منزل متقاضی، شهر، ایالت، کد پستی _____
 تلفن تماس، تلفن منزل، تلفن محل کار _____ () _____
 تلفن تماس، تلفن منزل، تلفن محل کار _____ () _____
 آدرس ایمیل _____
اطلاعات بیمار:

نام بیمار _____ شماره تامین اجتماعی _____ تاریخ تولد: ماه / روز / سال _____
 رابطه بیمار با متقاضی: خود بیمار همسر/شریک والدین/ قیم قانونی فرزند دیگر موارد: _____
 لطفا مشخص نمایید

لطفا تسهیلات NORTHWELL HEALTH را که بیمار صورت حساب واریز نشده برای آن دارد را بیان نمایید:

تاریخ تقریبی استفاده از خدمات: _____ شماره حساب (ها): _____

تعداد افراد خانواده: اسامی وابستگی که در منزل متقاضی ساکن و مسولیت مالی آنها بر عهده متقاضی می باشد. برای هر کدام از وابستگان باکس متناسب را چک نمایید.

نام	سن	همسر/شریک	والدین	فرزند	سایر موارد
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"/>

جمع درآمد ناخالص ماهیانه در 30 روز گذشته:

منبع درآمد	متقاضی/بیمار	همسر/شریک زندگی
دستمزد	\$ _____	\$ _____
پرداخت های تامین اجتماعی	\$ _____	\$ _____
جبران خسارت بیکاری	\$ _____	\$ _____
ناتوانی پرداخت	\$ _____	\$ _____
غرامت کارگران	\$ _____	\$ _____
حمایت کودک/نفسه	\$ _____	\$ _____
سود سهام، بهره ها، درآمد اجاره	\$ _____	\$ _____
سایر	\$ _____	\$ _____

لطفا یک کپی از چک ها،
 خرده پرداخت ها و یا اظهار نامه
 پشتیبان برای درآمدهای گزارش
 شده ارائه گردد.

اینجانب به نماینده بیمه درمانی اجازه تماس با بنده بمنظور کمک برای درخواست بیمه سلامت مورد حمایت دولت را می دهم.

بهترین زمان تماس: صبح بعدازظهر عصر آخر هفته هر موقع تماس نگیرید با من

گواهی می دهم که اطلاعات و اسناد ارائه شده و پاسخ های داده شده همگی واقعی و صحیح می باشد عدم پرداخت هر صورت حساب چه تعدیل شده چه تطبیقی بنده را مشمول صدور صورت حساب و روش های وصول روال Northwell Health خواهد کرد.

_____ X
 امضا متقاضی/ بیمار (والدین/ قیم قانونی برای کودکان صغیر) _____ 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 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)