

Instructions pour la demande d'aide financière (Financial Assistance Application Instructions)

Le programme d'aide financière de Northwell Health est conçu pour aider les patients qui ont reçu des services médicalement nécessaires mais qui n'ont pas d'assurance maladie ou qui ont épuisé leurs prestations pour un service particulier. L'admissibilité au programme est basée sur le revenu actuel et est disponible aux individus dont les revenus ménagers sont inférieurs à ceux indiqués ci-dessous :

Taille du ménage / de la famille	Revenu ménager maximum (500 % des Lignes directrices fédérales sur la pauvreté 2023)
1	72 900 \$
2	98 600 \$
3	124 300 \$
4	150 000 \$
5	175 700 \$
6	201 400\$
Pour chaque personne supplémentaire, ajoutez	25 700 \$
* 2023 indiqué à titre d'illustration. Les montants sont mis à jour tous les ans selon les besoins.	

En remplissant une demande d'aide financière, veuillez tenir compte des points suivants :

- Une demande n'est pas complète tant que toute la documentation requise n'a pas été reçue. Une demande incomplète **ne sera pas** examinée et le cycle de facturation normal se poursuivra.
- **Documentation requise** – joignez des copies de chèques, de talons de feuilles de paie ou de relevés attestant de tous les types de revenus déclarés sur votre demande d'aide financière. De plus, veuillez fournir des copies de tous les relevés ou factures que vous voudriez soumettre pour examen dans le cadre de votre demande. Notez que nous nous réservons le droit de demander une documentation supplémentaire liée aux actifs des patients dont les revenus ménagers sont inférieurs à 150 % du seuil fédéral de la pauvreté.
- Une fois que nous avons reçu votre demande dûment remplie, vous pourrez ne pas tenir compte de tout relevé ou facture en attendant de recevoir un avis écrit concernant le statut de votre demande d'aide financière.
- Les demandeurs d'aide financière sont tenus de coopérer pleinement en soumettant une demande à tout programme d'assurance maladie financé par l'État (p. ex., Medicaid, Child Health Plus, etc.) auquel Northwell Health estime qu'ils sont admissibles.
- Veuillez envoyer votre demande par la poste à :

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

Pour obtenir des informations supplémentaires, appelez le 631-476-2801 Option 2

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Informations sur le demandeur :

 Nom du demandeur, parent, tuteur
 _____ - _____ - _____ / _____ / _____
 Numéro de sécurité sociale
 Date de naissance :

 Mois Jour Année
 Langué préférée

 Domicile du demandeur Ville État Code postal
 (_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____
 Numéro de téléphone portable/domicile/travail
 Numéro de téléphone portable/domicile/travail
 Adresse e-mail

Informations sur le/la patient(e) :

 Nom du/de la patient(e)
 _____ - _____ - _____ / _____ / _____
 Numéro de sécurité sociale
 Date de naissance : Mois Jour Année
 Lien de parenté du/de la patient(e) avec le demandeur :
 Le/la patient(e) lui- ou elle-même
 Époux(se)/compagnon ou compagne
 Parent/tuteur légal
 Enfant
 Autre : _____
 Veuillez spécifier

VEUILLEZ INDIQUER L'ÉTABLISSEMENT DE NORTHWELL HEALTH AUPRÈS DUQUEL LE PATIENT A DES FACTURES IMPAYÉES :

 Date approximative du service :
 Numéro(s) de compte : _____

Taille globale du ménage : énumérez les personnes à charge qui habitent la maison du demandeur et pour qui le demandeur assume la responsabilité financière. Cochez la case appropriée pour chaque personne à charge.

Nom	Âge	Lien de parenté			
		Époux(se)/ compagnon(compagne)	Parent	Enfant	Autre
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"/>

Revenu brut mensuel total pour les 30 derniers jours :

Sources de revenu	Demandeur/Patient(e)	Époux(se)/compagnon(compagne)
Salaire	\$ _____	\$ _____
Paiement de la sécurité sociale	\$ _____	\$ _____
Indemnités de chômage	\$ _____	\$ _____
Prestations d'invalidité	\$ _____	\$ _____
Indemnités pour accident du travail	\$ _____	\$ _____
Pension alimentaire matrimoniale/ pour enfants	\$ _____	\$ _____
Dividendes, intérêts, revenus de location	\$ _____	\$ _____
Autre	\$ _____	\$ _____

Veuillez fournir des
 copies de chèques,
 de talons de feuilles
 de paie ou de
 relevés attestant
 de tous les revenus
 déclarés.

J'autorise un représentant de l'assurance maladie de me contacter pour m'aider à faire une demande d'assurance maladie financée par l'État.

Meilleur moment pour me contacter : Matin Après-midi Soir Week-end N'importe quand Ne me contactez PAS

Je certifie que les informations et la documentation fournies et les réponses données sont véridiques et précises. En cas de non-paiement de tout solde réduit ou ajusté, je serai soumis(e) aux pratiques de facturation et de recouvrement normales de Northwell Health.

X _____ / _____ / _____
 Signature du demandeur/du ou de la patient(e) (parent/tuteur légal pour un enfant mineur)
 Date

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)