

Οδηγίες Αίτησης Οικονομικής Βοήθειας (Financial Assistance Application Instructions)

Το Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας του Northwell Health έχει σχεδιαστεί για να βοηθά τους ασθενείς που έχουν λάβει ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες αλλά δεν έχουν ασφάλεια ή έχουν υπερβεί τα επιδόματά τους για μια συγκεκριμένη υπηρεσία. Η καταλληλότητα για το πρόγραμμα βασίζεται στο τρέχον εισόδημα και διατίθεται σε άτομα με οικογενειακά εισοδήματα που είναι μικρότερα από αυτά που παρουσιάζονται παρακάτω:

Μέγεθος Νοικοκυριού / Οικογένειας	Μέγιστο Εισόδημα Οικογένειας (500% των Οδηγιών Ομοσπονδιακού Επιπέδου Φτώχειας για το 2023)
1	\$72.900
2	\$98.600
3	\$124.300
4	\$150.000
5	\$175.700
6	\$201.400
Για κάθε επιπλέον άτομο, προσθέστε	\$25.700
* Το 2023 απεικονίζεται για επεξηγηματικούς σκοπούς. Τα ποσά αναθεωρούνται	

ετησίως ανάλογα με τις ανάγκες.

Όταν συμπληρώνετε μια αίτηση για Οικονομική Βοήθεια, λάβετε υπόψη τα ακόλουθα:

- Μια αίτηση δεν θεωρείται συμπληρωμένη μέχρις ότου έχουν ληφθεί όλα τα Απαιτούμενα Έγγραφα. Μια μη ολοκληρωμένη αίτηση **δεν** θα αναθεωρηθεί και θα συνεχιστεί ο κανονικός κύκλος χρέωσης.
- **Απαιτούμενα έγγραφα** – συνάψτε αντίγραφα επιταγών, αποκόμματα μισθοδοσίας ή καταστάσεις λογαριασμών που υποστηρίζουν τους τύπους εισοδημάτων που αναφέρονται στην αίτηση που υποβάλλετε για οικονομική βοήθεια. Συμπληρωματικά, πρέπει να παρέχετε αντίγραφα όλων των λογαριασμών ή καταστάσεων λογαριασμών που θα θέλετε να αναθεωρηθούν ως μέρος της αίτησής σας. Λάβετε υπόψη ότι διατηρούμε το δικαίωμα να ζητήσουμε επιπλέον έγγραφα που σχετίζονται με περιουσιακά στοιχεία για ασθενείς με οικογενειακά εισοδήματα κάτω του 150% του Ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας.
- Αφότου λάβουμε την συμπληρωμένη αίτησή σας, μπορείτε να αγνοήσετε κάθε λογαριασμό / κατάσταση λογαριασμού μέχρις ότου λάβετε ειδοποίηση σχετικά με την κατάσταση της αίτησης που υποβάλλετε για οικονομική βοήθεια.
- Οι αιτούντες για οικονομική βοήθεια αναμένονται να συμμορφώνονται πλήρως με την αίτηση κάθε προγράμματος υγειονομικών παρόχων που χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση (π.χ., Medicaid, Child Health Plus, κτλ.), και για το οποίο πιστεύει το Northwell Health ότι ενδέχεται να είστε κατάλληλοι.
- Ταχυδρομήστε την αίτησή σας στη διεύθυνση:

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

Για περισσότερες πληροφορίες τηλεφωνήστε στο 631-476-2801 Option 2

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Πληροφορίες αιτούντα:

Όνομα αιτούντα, γονέα, κηδεμόνα _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης _____ Ημερομηνία γέννησης: _____ / _____ / _____ Προτιμώμενη γλώσσα _____
Μήνας Ημέρα Έτος

Διεύθυνση κατοικίας του αιτούντα Πόλη Πολιτεία Ταχυδρομικός Κωδικός _____
 (_____) _____ (_____) _____
 Αριθμός κινητού τηλεφώνου, οικίας, εργασίας _____ Αριθμός κινητού τηλεφώνου, οικίας, εργασίας _____ Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου _____

Πληροφορίες ασθενούς:

Όνομα ασθενούς _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης _____ Ημερομηνία γέννησης: _____ / _____ / _____
Μήνας Ημέρα Έτος
 Σχέση ασθενούς με τον αιτούντα: Ίδιος/α Σύζυγος/Σύντροφος Γονέας/Νόμιμος κηδεμόνας Παιδί
 Άλλο: _____
 Διευκρινίστε _____

ΔΗΛΩΣΤΕ ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΤΟΥ NORTHWELL HEALTH ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΧΕΙ ΕΚΚΡΕΜΕΙΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ:

Ημερομηνία εξυπηρέτησης, κατά προσέγγιση: _____ Αριθμός(οί) Λογαριασμού: _____

Συνολικό μέγεθος οικογένειας: Γράψτε τα εξαρτώμενα άτομα που διαμένουν στο σπίτι του αιτούντα και για τα οποία ο αιτών αναλαμβάνει την οικονομική ευθύνη. Σημειώστε το κατάλληλο κουτί για κάθε εξαρτώμενο άτομο.

Όνομα	Ηλικία	Σχέση			
		Σύζυγος/Σύντροφος	Γονέας	Παιδί	Άλλο
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"/>

Συνολικό μηνιαίο εισόδημα για τις τελευταίες 30 ημέρες:

Πηγές εισοδήματος	Αιτών/Γονέας	Σύζυγος/Σύντροφος που συγκατοικεί με τον αιτούντα
Μισθοί	\$ _____	\$ _____
Πληρωμή κοινωνικής ασφάλισης	\$ _____	\$ _____
Αποζημίωση ανεργίας	\$ _____	\$ _____
Πληρωμή αναπηρίας	\$ _____	\$ _____
Αποζημίωση εργαζομένων	\$ _____	\$ _____
Διατροφή/Παιδική υποστήριξη	\$ _____	\$ _____
Μερίσματα, τόκοι, εισόδημα από ενοίκια	\$ _____	\$ _____
Άλλο	\$ _____	\$ _____

Να παρέχετε αντίγραφα επιταγών, αποκόμματα μισθοδοσίας ή καταστάσεις λογαριασμών που υποστηρίζουν όλο το αναφερόμενο εισόδημα.

Να παρέχετε αντίγραφα επιταγών, αποκόμματα μισθοδοσίας ή καταστάσεις λογαριασμών που υποστηρίζουν όλο το αναφερόμενο εισόδημα.

Καλύτερη ώρα για επικοινωνία: Πρωί Απόγευμα Βράδυ Σαββατοκύριακο Ανά πάσα στιγμή ΜΗΝ επικοινωνήσετε μαζί μου

Πιστοποιώ ότι οι πληροφορίες και τα έγγραφα που παρείχα και οι απαντήσεις που έδωσα είναι αληθινές και σωστές. Εάν δεν πληρώσω οποιοδήποτε μειωμένο και προσαρμοσμένο υπόλοιπο θα έχει ως αποτέλεσμα να είμαι υπεύθυνος/η για τις τυπικές πρακτικές χρέωσης και συλλογής του Northwell Health.

X _____ / _____ / _____
 Υπογραφή Αιτούντα/Γονέα (Γονέας/Νόμιμος κηδεμόνας για ανήλικο παιδί) Ημερομηνία

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)