

वित्तीय सहायता आवेदन निर्माण (Financial Assistance Application Instructions)

Northwell Health फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम ऐसे मरीजों की सहायता के लिए तैयार किया गया है जिन्होंने चिकित्सकीय आवश्यक सेवाएँ प्राप्त की हैं लेकिन जो बीमाकृत नहीं हैं या किसी विशिष्ट सेवा के लिए जिनके लाभ खर्च हो चुके हैं। इस कार्यक्रम के लिए पात्रता वर्तमान आय पर आधारित है और उन सभी लोगों के लिए उपलब्ध है जिनकी पारिवारिक आय नीचे दर्शाई गई आय से कम है:

घर / परिवार का आकार	अधिकतम घर लू आय (2023 संघीय गरीबी दि निदद 50%)
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$124,300
4	\$150,000
5	\$175,700
6	\$201,400
प्रत्येक अतिरिक्त व्यक्ति के लिए, जोड़ें	\$25,700
* 2023 उदाहरणात्मक उद्देश्य के लिए दिखाया गया है। जिश्यां जैस । रूरी हो व क आ र पर अपड टकी जी हैं।	

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन भरते समय कृपया निम्नलिखित याद रखें:

- कोई आवेदन तब तक पूरा नहीं है जब तक कि सभी आवश्यक दस्तावेज पकड़त हं। अधूरा आवेदन की समीक्षा नहीं की जाएगी और सैन्य बिलिंग चकरट करे रहा है।
- **आवश्यक दस्तावेज।** - आपका वित्तीय सहायता आवेदन रिपर की गई किसी भी प्रकार की आय के समथटन चक, वतन-पचिट विवरणों संलग्न क। इसक अंग कृपया उन सभी बिलों और विवरणों की पटतिलिपि प्रदान क जिस आप अपन आवेदन के गक रूप दिच हैं। नरक कि हम संघीय गरीबी स्तर के 150% से नीचे की घर लू आय अलग रोगियों के लिए संपत्तियों से संबंधित अतिरिक्त दस्तावेज अनुरोध करन का अधि र रखत हैं।
- ऐसा ही हम आप भ हुआ आवेदन पकड़त क ग, आप अपनी वित्तीय सहायता आवेदन की स्थिति के संबंध लिखित सूच पकड़त हो न तक किसी भी बिल / विवरणों की परअह न क।
- वित्तीय सहायता के आवेदन से उम्मीद की जाती है कि वह किसी ऐसे सरकारी पब्लिक जित स्ट्रस्टी बी यट करटम (उ ., Medicaid, Child Health Plus, आदि) के लिए आवेदन पटस्तुत करन सहयोग जिसके संबंध Northwell Health न है कि आप तरट हैं।
- कृपया आवेदन यूप्र षित क :
Mather Hospital Northwell Health
Financial Assistance Unit
100 Highlands Blvd Box 9
Port Jefferson, NY 11777

अधिक जानकारी के लिए कृपया 631-476-2801 Option 2 पर न करें

वित्तीय सहायता आवेदन (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

आवेदक की जानकारी:

आवेदक के माता-पिता, अभिभावक का नाम _____ सामाजिक सुरक्षा संख्या _____ जन्म-तिथि: माह / दिन वर्ष _____ पसंदीदा भाषा _____

आवेदक के घर का पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड

(_____) _____ (_____) _____
सेल फ़ोन नंबर, घर का फ़ोन नंबर, कार्यालय का फ़ोन नंबर सेल फ़ोन नंबर, घर का फ़ोन नंबर, कार्यालय का फ़ोन नंबर ईमेल पता

रोगी की जानकारी:

रोगी का नाम _____ सामाजिक सुरक्षा संख्या _____ जन्म-तिथि: माह / दिन वर्ष _____

आवेदक के साथ रोगी का रिश्ता: स्वयं पति-पत्नी/पार्टनर माता-पिता/कानूनी अभिभावक बच्चा
 अन्य: _____

कृपया उल्लेख करें

कृपया NORTHWELL HEALTH फ़ेसिलिटी को बताएँ कि रोगी के बकाया बिल इनके पास हैं:

सन्निकट सेवा दिनांक: _____ खाता संख्या(एँ): _____

कुल पारिवारिक आकार: आवेदक के घर में रहने वाले आश्रितों को सूचीबद्ध करें जिनके लिए आवेदक वित्तीय जिम्मेदारी लेता है। प्रत्येक आश्रित के लिए उपयुक्त बॉक्स भरें।

नाम	उम्र	पति-पत्नी/पार्टनर	माता-पिता	बच्चा	अन्य
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"/>

पिछले 30 दिनों के लिए कुल सकल मासिक आय:

आय-स्रोत	आवेदक/रोगी	पति-पत्नी/लिव-इन पार्टनर
वेतन	\$ _____	\$ _____
सामाजिक सुरक्षा भुगतान	\$ _____	\$ _____
बेरोजगारी मुआवजा	\$ _____	\$ _____
विकलांगता भुगतान	\$ _____	\$ _____
कर्मचारियों का मुआवजा	\$ _____	\$ _____
निर्वाह-धन/बाल-सहायता	\$ _____	\$ _____
लाभांश, ब्याज, किराये की आय	\$ _____	\$ _____
अन्य	\$ _____	\$ _____

सभी रिपोर्ट की गई आय के समर्थन में कृपया चेक, वेतन-पर्ची, या विवरणियों की प्रतिलिपियाँ प्रदान करें।

मैं स्वास्थ्य बीमा प्रतिनिधि को मुझसे संपर्क करने, सरकार द्वारा प्रायोजित स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन प्रस्तुत करने में मेरी सहायता करने की अनुमति देता हूँ।

मुझसे संपर्क करने का बेहतरीन समय: सुबह दोपहर शाम सप्ताहांत किसी भी समय मुझसे संपर्क न करें

मैं प्रमाणित करता हूँ कि प्रस्तुत जानकारी और प्रलेखन तथा दिए गए उत्तर सही व सटीक हैं। किसी कम की गई या समायोजित शेषराशि के भुगतान में चूक होने पर मुझे Northwell Health की सामान्य बिलिंग तथा वसूली प्रथाओं के अधीन रहना होगा।

X _____ / _____ / _____
आवेदक/रोगी के हस्ताक्षर (बच्चे के माता-पिता/कानूनी अभिभावक) दिनांक

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)