

## Istruzioni per richiedere assistenza finanziaria (Financial Assistance Application Instructions)

Il programma di assistenza finanziaria Northwell Health è stato pensato per aiutare i pazienti che hanno ricevuto servizi sanitari necessari, ma non hanno un'assicurazione sanitaria o hanno esaurito l'indennità per un determinato servizio. I requisiti per poter aderire al programma si basano sul reddito corrente; i pazienti devono dimostrare che le entrate del nucleo familiare sono inferiori a quelle indicate di seguito:

Dimensione nucleo familiare / famiglia	Reddito massimo nucleo familiare (500% delle linee guida federali sulla di povertà del 2023)
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$24,300
4	\$150,000
5	\$175,700
6	\$201,400
Per ogni ulteriore componente, aggiungere	\$25,700
* 2023 mostrato a scopo esemplificativo. Importi aggiornati a cadenza annuale, in base alle necessità.	

Quando si compila una richiesta di assistenza finanziaria, è importante tenere a mente i seguenti aspetti:

- Una richiesta non si può considerare completa finché **non** è stata ricevuta tutta la documentazione obbligatoria! Una richiesta incompleta non sarà presa in considerazione e si procederà con il normale ciclo di fatturazione.
- **Documentazione obbligatoria:** allegare copia di assegni, buste paga o altri documenti che certifichino il tipo di reddito dichiarato nella richiesta di assistenza finanziaria. Fornire anche copia di tutti i conti o fatture che si desidera! siano presi in considerazione per la richiesta. Ci riserviamo il diritto di richiedere ulteriore documentazione relativa ai beni dei pazienti le cui entrate del nucleo familiare sono inferiori al 150% del livello federale di povertà.
- Dopo che avremo ricevuto la richiesta completa, il richiedente potrà ignorare eventuali conti e fatture fino al ricevimento della notifica scritta che certifica lo stato della richiesta di assistenza finanziaria.
- Coloro che richiedono assistenza finanziaria sono tenuti ad offrire la loro piena collaborazione per la richiesta di adesione a eventuali programmi di assicurazione sanitaria pubblica (ad es. Medicaid, Child Health Plus ecc.) in cui, secondo Northwell Health, il richiedente potrebbe rientrare.
- Inviare la richiesta via posta all'indirizzo:
 

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

**Per ulteriori informazioni, chiamare il numero 631-476-2801 Option 2**

## RICHIESTA DI ASSISTENZA FINANZIARIA (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

**Informazioni del richiedente:**

Nome del richiedente, di un genitore o del tutore legale \_\_\_\_\_ Numero di previdenza sociale \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data di nascita: Mese Giorno Anno \_\_\_\_\_ Lingua prescelta \_\_\_\_\_

Indirizzo del richiedente, Città, Stato, Codice postale \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero di cellulare, casa, lavoro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero di cellulare, casa, lavoro \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Informazioni del paziente:**

Nome del paziente \_\_\_\_\_ Numero di previdenza sociale \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data di nascita: Mese Giorno Anno \_\_\_\_\_

Grado di parentela del paziente con il richiedente:  Stessa persona  Coniuge/Partner  Genitore/Tutore legale  Figlio  
 Altro: \_\_\_\_\_  
Specificare \_\_\_\_\_

**INDICARE LA STRUTTURA NORTHWELL HEALTH CHE HA EMESSE FATTURE CHE IL PAZIENTE NON HA SALDATO:**

Data approssimativa del servizio: \_\_\_\_\_ Codice cliente: \_\_\_\_\_

**Componenti nucleo familiare: elencare le persone a carico che risiedono presso la residenza del richiedente per cui il richiedente si assume la responsabilità finanziaria. Selezionare la casella appropriata per ogni persona a carico.**

Nome	Età	Grado di parentela			
		Coniuge/Partner	Genitore	Figlio	Altro
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"/>

**Reddito lordo mensile degli ultimi 30 giorni:**

Fonti di reddito	Richiedente/Paziente	Coniuge/Partner convivente
Stipendio	\$ _____	\$ _____
Assegno della previdenza sociale	\$ _____	\$ _____
Indennità di disoccupazione	\$ _____	\$ _____
Assegno di invalidità	\$ _____	\$ _____
Rendita per infortuni sul lavoro	\$ _____	\$ _____
Assegno di mantenimento/ Alimenti per i figli	\$ _____	\$ _____
Dividendi, Interessi, Reddito da affitti	\$ _____	\$ _____
Altro	\$ _____	\$ _____

Allegare copia di assegni,  
buste paga o altri  
documenti che certifichino  
il reddito dichiarato.

Autorizzo un incaricato dell'assicurazione sanitaria a contattarmi per assistermi nella procedura di richiesta di un'assicurazione sanitaria pubblica.

Momento in cui contattarmi:  Mattino  Pomeriggio  Sera  Fine settimana  Sempre  NON voglio essere contattato/a

**Certifico che le informazioni, la documentazione e le risposte fornite sono precise e corrispondono al vero. Il mancato pagamento del saldo dopo eventuali aggiustamenti e riduzioni mi esporrà alle normali pratiche di fatturazione e recupero crediti da parte di Northwell Health.**

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma del richiedente/paziente (genitore/tutore legale per i minorenni) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## 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)