

## 재정 보조 신청 안내서 (Financial Assistance Application Instructions)

Northwell Health Financial Assistance Program(노스웰 건강 재정 보조 프로그램)은 필요한 의료 서비스를 받았지만 보험에 들지 않았거나 특정 서비스에 대한 보험금을 소진한 환자들을 돕기 위한 것입니다. 그 프로그램의 수혜 자격은 현재 소득에 근거하며 가구 소득이 아래에 나온 소득 수준에 미치지 못하는 개인들에게 있을 수 있습니다:

가구 / 가정 규모	최대 가구 소득 (2023년 연방 빈곤 지침의 500%)
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$124,300
4	\$150,500
5	\$175,700
6	\$201,400
각각의 추가 인원 에 대해, 을 추가합니다	\$25,700
* 예시적 목적을 위해 제시된 2023년 지침. 필요한 바에 따라 매년 업데이트된 금액.	

재정 보조 신청서를 작성하실 때, 다음 사항을 유념하십시오:

- 모든 구비 서류가 접수될 때까지 신청서가 완비된 것이 아닙니다. 미비한 신청서는 검토되지 **않으며** 통상적인 요금 청구 주기가 계속됩니다.
- **구비 서류** - 귀하의 재정 보조 신청서에 신고된 여하한 소득 유형을 입증하는 수표, 급여 명세서 부분 또는 내역서 사본을 첨부하십시오. 또한, 귀하가 귀하의 신청서의 일부로서 검토되기를 원하는 모든 요금 청구서 또는 내역서의 사본을 제출하십시오. 우리 병원은 연방 빈곤 수준의 150% 미만의 가구 소득이 있는 환자에 대하여 자산과 관련된 추가 서류를 요청할 권리를 보유하고 있다는 것을 주지하십시오.
- 일단 우리 병원이 귀하가 작성한 신청서를 접수하면, 귀하는 귀하의 재정 보조 신청의 처리 현황에 관한 서면 통지를 받을 때까지 여하한 청구서 / 내역서를 무시할 수 있습니다.
- Northwell Health가 귀하에게 자격이 있을 수 있다고 생각하는 정부 후원 건강 보험 프로그램(예, Medicaid, Child Health Plus, 등)에 재정 보조를 신청하는 데 있어서 재정 보조 신청인이 전폭적으로 협조할 것이라고 기대합니다.
- 귀하의 신청서를 아래 주소로 우송하십시오:
 

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

**상세한 정보를 원하시면, 631-476-2801 번으로 전화하여 문의하십시오**

## 재정 보조 신청서 (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

**신청인 정보:**

신청인, 부모, 보호자 성명 \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호 \_\_\_\_\_ 생년월일: 월 일 년 \_\_\_\_\_ 선호 언어 \_\_\_\_\_

출원인 자택, 주소, 도시, 주, 우편번호 \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 휴대폰, 자택, 직장 전화번호 \_\_\_\_\_ 휴대폰, 자택, 직장 전화번호 \_\_\_\_\_ 이메일 주소 \_\_\_\_\_

**환자 정보:**

환자 성명 \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호 \_\_\_\_\_ 생년월일: 월 일 년 \_\_\_\_\_

신청인과 환자의 관계:  본인  배우자/파트너  부모/법적 보호자  자녀  
 기타: \_\_\_\_\_  
 구체적으로 명시하십시오

환자가 미납한 청구서(아래 항목 포함)를 보낸 NORTHWELL HEALTH FACILITY(노스웰 의료원)을 명시하십시오:

대략적인 서비스 날짜: \_\_\_\_\_ 계좌 번호(들): \_\_\_\_\_

전체 가구 규모: 신청인이 재정적 책임을 지고 있는 부양자로서 신청인의 집에 거주하는 부양자의 명단. 각 부양자에 해당하는 박스에 체크 표시를 하십시오.

성명	나이	관계			
		배우자/파트너	부모	자녀	기타
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"/>

**최근 30일 동안의 월 수입 총액:**

소득원	신청인/환자	배우자/동거 파트너
임금	\$ _____	\$ _____
사회 보장 번호	\$ _____	\$ _____
실업 수당	\$ _____	\$ _____
장애 수당	\$ _____	\$ _____
근로자 재해 보상	\$ _____	\$ _____
이혼 수당/자녀 양육비	\$ _____	\$ _____
배당금, 이자, 임대 소득	\$ _____	\$ _____
기타	\$ _____	\$ _____

신고된 모든 소득을 입증하는 수표, 급여 명세서 부분 또는 내역서 사본을 제출하십시오.

본인은 정부 후원 건강 보험을 신청하는 데 있어서 건강 보험 담당자가 본인을 돕기 위하여 본인에게 연락하는 것을 허락합니다.

연락 받기에 가장 좋은 시간:  아침  오후  저녁  주말  언제든지  저에게 연락하지 마십시오.

본인은 제공된 정보 및 서류 그리고 답변은 진실되고 정확하다는 것을 증명하는 바입니다. 본인이 감액되거나 조정된 잔액을 납부하지 않는 경우 본인은 Northwell Health의 통상적인 요청 청구 및 요금 징수 관행을 따라야 합니다.

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 신청인/환자 서명 (미성년 자녀의 경우 부모/법적 보호자) 날짜

## 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:
 

FMather 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)