

## Instrukcja wypełniania wniosku o pomoc finansową (Financial Assistance Application Instructions)

Program pomocy finansowej Northwell Health jest przeznaczony dla pacjentów, którzy uzyskali medycznie niezbędne usługi, lecz są nieubezpieczeni lub wyczerpali świadczenia z tytułu ubezpieczenia za konkretne usługi. Do korzystania z programu uprawnieni są członkowie gospodarstw domowych, których łączne dochody są niższe niż przedstawione poniżej:

Gospodarstwo domowe / wielkość rodziny	Maksymalne dochody rodziny (500% federalnego poziomu ubóstwa w r. 2023)
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$124 300
4	\$150 500
5	\$175 700
6	\$201 400
Na każdą dodatkową osobę należy dodać	\$25 700
* Dla ilustracji pokazano r. 2023. Kwoty aktualizowane co roku w miarę potrzeby.	

Wypełniając wniosek o pomoc finansową należy pamiętać, że:

- Wniosek bez wymaganych dokumentów jest niekompletny. Niekompletne wnioski **nie będą** rozpatrywane i! rachunki będą nadal wystawiane w normalnych terminach.
- **Wymagana dokumentacja** – należy załączyć kopie czeków, odcinki wypłat lub zaświadczenia potwierdzające! wszelkie dochody zgłoszone na wniosku o pomoc finansową. Dodatkowo można załączyć kopie wszelkich! rachunków lub dokumentów finansowych, które mogą mieć wpływ na decyzję w sprawie wniosku. Ponadto! zastrzegamy sobie prawo do zażądania dodatkowej dokumentacji sytuacji majątkowej pacjentów, których dochody! są niższe niż 150% federalnego poziomu ubóstwa.
- Po złożeniu wypełnionego wniosku można nie płacić rachunków do czasu otrzymania pisemnego powiadomienia o decyzji.
- Wnioskodawcy muszą w pełni współpracować w ubieganiu się o wszelkie finansowane przez władze programy! ubezpieczeń zdrowotnych (np. Medicaid, Child Health Plus itp.), które zdaniem Northwell Health mogą im! przysługiwać.
- Prosimy wysłać wniosek pocztą na adres:
 

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

**Aby uzyskać więcej informacji, prosimy telefonować pod nr 631-476-2801 Option 2**

## WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

### Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko wnioskodawcy, rodzica, opiekuna prawnego \_\_\_\_\_ Numer ubezpieczenia społecznego \_\_\_\_\_ D.ur. Mies. Dz. Rok \_\_\_\_\_ Preferowany język \_\_\_\_\_

Adres domowy wnioskodawcy, Miejscowość, Stan, Kod pocztowy \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Telefony: komórkowy, domowy, do pracy \_\_\_\_\_ Telefony: komórkowy, domowy, do pracy \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

### Dane pacjenta:

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Numer ubezpieczenia społecznego \_\_\_\_\_ D.ur. Mies. Dz. Rok \_\_\_\_\_  
 Stosunek pacjenta do wnioskodawcy  Ja  Maż./partner  Rodzic/opiekun prawny  Dziecko  
 Inne: \_\_\_\_\_  
 Proszę określić \_\_\_\_\_

### PROSZĘ POINFORMOWAĆ NORTHWELL HEALTH, JEŻELI PACJENT MA ZALEGŁE DŁUGI WOBEC:

Przybliżona data usługi: \_\_\_\_\_ Numery kont: \_\_\_\_\_

**Liczba osób w gospodarstwie domowym: proszę wyliczyć osoby na utrzymaniu zamieszkałe z wnioskodawcą, za które wnioskodawca ponosi pełną odpowiedzialność finansową. Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat dla każdej osoby na utrzymaniu.**

Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa			
		Maż./partner	Rodzic	Dziecko	Inne
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"/>

### Łączny dochód brutto za ostatni miesiąc:

Źródła dochodów	Wnioskodawca/pacjent	Współmałżonek/stały partner
Zarobki	\$ _____	\$ _____
Dochód z ubezpieczenia społecznego	\$ _____	\$ _____
Zasiłek dla bezrobotnych	\$ _____	\$ _____
Renta inwalidzka	\$ _____	\$ _____
Odszkodowania za wypadki przy pracy	\$ _____	\$ _____
Alimenty od małżonka/na dzieci	\$ _____	\$ _____
Dochody z akcji, obligacji, najmu lokali	\$ _____	\$ _____
Inne	\$ _____	\$ _____

Należy załączyć kopie czeków, odcinki wypłat lub zaświadczenia potwierdzające wszelkie zgłoszone dochody.

Zgadzam się, aby przedstawiciel ubezpieczalni skontaktował się ze mną, aby mi pomóc w złożeniu wniosku o sponsorowane przez władze ubezpieczenie zdrowotne.

Najlepsza pora kontaktu ze mną:  Rano  Popołudniu  Wieczorem  Podczas weekendu  Dowolna  
 Proszę się ze mną NIE kontaktować

Zaświadczam, że podane informacje, załączone dokumenty i udzielone odpowiedzi są prawdziwe i dokładne. Niezapłacenie zmniejszonych lub skorygowanych rachunków narazi mnie na normalne postępowanie naliczania i egzekwowania należności przez Northwell Health.

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Podpis wnioskodawcy/pacjenta (rodzica lub opiekuna prawnego dziecka) \_\_\_\_\_ 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)