

## Instruções para Solicitação de Assistência Financeira (Financial Assistance Application Instructions)

O Programa de Assistência Financeira do Northwell Health é destinado a ajudar os pacientes que receberam serviços necessários à saúde, mas não têm seguro de saúde ou exauriram seus benefícios para um serviço específico. A qualificação para o programa baseia-se na renda atual e está disponível para os indivíduos com renda familiar menor do que as mostradas abaixo:

Unidade Familiar / Tamanho da Família	Renda Familiar Máxima (500% de 2023 das Diretrizes Federais de Pobreza)
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$124,300
4	\$150,000
5	\$75,700
6	\$201,400
Para cada pessoa a mais, adicione	\$25,700
* 2023 usado como ilustração. Valores atualizados anualmente conforme necessário.	

Quando preencher uma solicitação de Assistência Financeira, por favor, lembre-se do seguinte:

- Uma solicitação não está concluída até que toda a documentação necessária seja recebida. Uma solicitação incompleta **não será** revisada e o ciclo normal de cobrança irá prosseguir.
- **Documentação necessária** – anexe cópias de cheques, contracheques ou declarações que comprovem qualquer um dos tipos de renda relatados em sua solicitação de assistência financeira. Além disso, forneça cópias de todas as faturas ou declarações que gostaria que fossem analisadas como parte de sua solicitação. Observe que nos reservamos o direito de solicitar documentação adicional relacionada a propriedades para pacientes com renda familiar abaixo de 150% do Nível Federal de Pobreza.
- Quando recebermos sua solicitação preenchida, você pode ignorar quaisquer contas / declarações até receber uma notificação por escrito relativa ao status de sua solicitação de assistência financeira.
- Espera-se que os candidatos à assistência financeira cooperem inscrevendo-se para os programas de seguro de saúde patrocinados pelo governo (por exemplo, Medicaid, Child Health Plus, etc.) para os quais a Northwell Health acredite que você possa estar qualificado.
- Envie sua solicitação pelo correio para:  
Mather Hospital Northwell Health  
Financial Assistance Unit  
100 Highlands Blvd Box 9  
Port Jefferson, NY 11777

**Para mais informações, telefone para 631-476-2801 Option 2**

## SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

**Informações do solicitante:**

Nome do Pai/Mãe, Guardião do solicitante \_\_\_\_\_ Número do Seguro Social \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idioma de preferência  
Mês Dia Ano

Endereço residencial do solicitante, Cidade, Estado, CEP \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone de casa, trabalho, celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Informações do Paciente:**

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Número do Seguro Social \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Mês Dia Ano  
Relacionamento do Paciente com o solicitante:  O próprio  Cônjuge/parceiro  Pais/Guardião legal  Filho  
 Outro: \_\_\_\_\_  
Favor especificar \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, DECLARE A UNIDADE DE SAÚDE NORTHWELL HEALTH COM QUEM O PACIENTE TEM CONTAS PENDENTES:**

Dia aproximado do Atendimento: \_\_\_\_\_ Números das Contas: \_\_\_\_\_

**Tamanho total da unidade familiar: Relacione os dependentes que residem na casa do solicitante pelos quais o solicitante tem responsabilidade financeira. Marque a caixa apropriada para cada dependente.**

Nome	Idade	Relação			
		Cônjuge/Parceiro	Pais	Filho	Outro
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"/>

**Renda Mensal Bruta Total nos últimos 30 dias:**

Fontes de Renda	Solicitante/Paciente	Cônjuge/Parceiro morando junto
Salários	\$ _____	\$ _____
Pagamento do Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Seguro Desemprego	\$ _____	\$ _____
Pagamento de Incapacidade	\$ _____	\$ _____
Remuneração de trabalhador	\$ _____	\$ _____
Pensão alimentar/Pensão de filho	\$ _____	\$ _____
Dividendos, Juros, Renda de Aluguel	\$ _____	\$ _____
Outro	\$ _____	\$ _____

Forneça cópias de cheques, contracheques ou declarações para comprovar a renda informada.

Eu permito que um representante do seguro de saúde entre em contato comigo para me auxiliar a solicitar um seguro de saúde patrocinado pelo governo.

Melhor horário de contato:  Manhã  Tarde  Noite  Fim de semana  A qualquer hora  NÃO entre em contato comigo

Eu certifico que as informações e a documentação fornecidas e que as respostas dadas são verdadeiras e precisas. O não pagamento de qualquer saldo reduzido ou ajustado irá me submeter às práticas normais de faturamento e cobrança do Northwell Health.

X \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Assinatura do Solicitante/Paciente (Pais/Guardião Legal para filho menor)

## 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)