

ਵਿੱਤੀ ਮਦਦ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ (Financial Assistance Application Instructions)

Northwell Health ਦਾ ਵਿੱਤੀ ਮਦਦ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਬਣਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ ਪਰ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਸੇਵਾ ਲਈ ਆਪਣੇ ਲਾਭ ਤਿਆਗ ਦਿੱਤੇ ਹਨ। ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਮੌਜੂਦਾ ਆਮਦਨ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਆਮਦਨ ਵਾਲਿਆਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ:

ਘਰ / ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ	ਵੱਧ ਤੋਂ ਘੱਟ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨੀ (2023 ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦਾ 50%)
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$124,300
4	\$150,000
5	\$175,700
6	\$201,400
ਹਰੇਕ ਵਾਧੂ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ, ਜੇਕੋ	\$25,700
* 2023 ਉਦਾਹਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਰਕਮਾਂ ਜਵਿੱ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਰ ਪਛੋਟੇ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।	

ਵਿੱਤੀ ਮਦਦ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਲਿਖਦੇ ਸਮੇਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹਨਾਂ ਗੱਲਾਂ ਨੂੰ ਯਾਦ ਰੱਖੋ:

- ਲਰ ਕ ਇੱਕੋ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਅਧੂਰੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਨਹੀਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਅਤੇ ਬਿਲਿੰਗ ਦਾ ਆਮ ਚੱਕਰ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗਾ।
- ਲਰ ਰ ਡੀਵੀਡੈਂਟੋ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ - ਚੈਕਾਂ, ਪੇਅ ਸਟੈਟਸ ਜਾਂ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਨੱਥੀ ਕਰਰ ਜਰ ਉਹ ਹਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਰ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿੱਤੀ ਮਦਦ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਵਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਦੇ ਇਲਾਵਾ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰਿਆਂ ਬਿਲਾਂ ਜਾਂ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਦੀਆਂ ਨਕਲਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਓ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਰ ਇਹ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਅਸੀਂ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 150% ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੀ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ ਵਾਲਿਆਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਸੰਪਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨ ਦੇ ਚੱਕਦਾਰ ਹੁੰਦੇ ਹਾਂ।
- ਇੱਕੋ ਵਾਰ ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਤੀ ਮਦਦ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚੋਂ ਲਿਖਤੀ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਾ ਹਰ ਕ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਿਲ / ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਨੂੰ ਅਣਗਹਿਲਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਰ
- Northwell Health ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਯਰ ਮੰਨਿਆ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਯਰ ਜਤ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਰ ਰਾਮ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ Medicaid, Child Health Plus, ਆਦਿ) ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਮਦਦ ਲਈ ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਪੂਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿਯਰ ਦੇਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਮੇਲ ਕਰਰ
Mather Hospital Northwell Health
Financial Assistance Unit
100 Highlands Blvd Box 9
Port Jefferson, NY 11777

ਵਧੇਰੇ ਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 631-476-2801 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਕਾਲ ਕਰੋ

ਵਿੱਤੀ ਮਦਦ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

ਬਿਨੈਕਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਬਿਨੈਕਾਰ, ਉਸਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਗਾਰਡੀਅਨ ਦਾ ਨਾਮ _____ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ _____ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ, ਸਾਲ _____ ਪਸੰਦੀਦਾ ਭਾਸ਼ਾ _____

ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____ ਸੈਲ ਫੋਨ ਨੰਬਰ, ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ, ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ _____ ਸੈਲ ਫੋਨ ਨੰਬਰ, ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ, ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ _____ ਈਮੇਲ ਪਤਾ _____

ਮਰੀਜ਼ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਮਰੀਜ਼ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ: _____ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ _____ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ ਸਾਲ _____

ਬਿਨੈਕਾਰ ਨਾਲ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਸਬੰਧ: ਸਵੈ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ/ਸਾਥੀ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਗਾਰਡੀਅਨ ਬੱਚਾ ਹੋਰ: _____

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਪਸ਼ਟ ਕਰੋ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ NORTHWELL HEALTH ਸੁਵਿਧਾ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ ਜਿਸਦੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਬਿਲ ਬਕਾਇਆ ਹਨ:

ਸੇਵਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਅਨੁਮਾਨਤ ਮਿਤੀ _____ ਖਾਤਾਸੰਖਿਆ: _____

ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੁੱਲ ਸਦੱਸ: ਉਹਨਾਂ ਨਿਰਭਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ ਜੋ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਲਈ ਬਿਨੈਕਾਰ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਲੈਂਦਾ ਹੈ। ਹਰ ਇੱਕ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਉਚਿਤ ਬਾਕਸ ਨੂੰ ਚੈੱਕ ਕਰੋ।

ਨਾਮ	ਉਮਰ	ਪਤੀ/ਪਤਨੀ/ਸਾਥੀ	ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ	ਬੱਚਾ	ਹੋਰ
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"/>

ਪਿਛਲੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਕੁੱਲ ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ:

ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਰੋਤ	ਬਿਨੈਕਾਰ/ਮਰੀਜ਼	ਪਤੀ/ਪਤਨੀ/ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਸਾਥੀ
ਤਨਖਾਹ	\$ _____	\$ _____
ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਭੁਗਤਾਨ	\$ _____	\$ _____
ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ	\$ _____	\$ _____
ਅਪੰਗਤਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ	\$ _____	\$ _____
ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ	\$ _____	\$ _____
ਭੱਤਾ/ਚਾਈਲਡ ਸੱਪੋਰਟ	\$ _____	\$ _____
ਲਾਭਅੰਸ਼, ਵਿਆਜ, ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨ	\$ _____	\$ _____
ਹੋਰ	\$ _____	\$ _____

ਸੂਚਿਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਮਰਥਨ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਚੈੱਕ, ਪੈਸਟੈਂਬ, ਜਾਂ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਓ।

ਮੈਂ ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਯੋਜਿਤ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਪਹੁੰਚਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸਮਾਂ: ਸਵੇਰੇ ਦੁਪਹਿਰ ਸ਼ਾਮ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਅਖੀਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ

ਮੈਂ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਜਵਾਬ ਸੱਚੇ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹਨ। ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਘੱਟ ਜਾਂ ਅਡਜੱਸਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਬਕਾਇਆ ਰਕਮ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਅਸਫਲਤਾ ਕਾਰਨ ਮੈਂ Northwell Health ਦੀ ਆਮ ਬਿਲਿੰਗ ਅਤੇ ਭੰਡਾਰਣ ਪ੍ਰਥਾਵਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੋਵਾਂਗਾ।

X _____ / _____ / _____
ਬਿਨੈਕਾਰ/ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਛੋਟੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਗਾਰਡੀਅਨ) _____ ਮਿਤੀ _____

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)