

## Подача заявления о предоставлении финансовой помощи (Financial Assistance Application Instructions)

Программа финансовой помощи Northwell Health предназначена для пациентов, получивших необходимую по медицинским показаниям помощь, но не имеющих страховки либо исчерпавших льготы по конкретной услуге. Допуск к участию в программе основывается на уровне текущих доходов и предоставляется лицам с семейным доходом, не превышающим указанных ниже:

Размер семьи	Максимальный доход семьи (в 2022 г. – 500% от Федерального прожиточного минимума)
1	\$72 900
2	\$98 600
3	\$124 300
4	\$150 000
5	\$175 700
6	\$201 400
На каждое дополнительное лицо прибавьте	\$25 700
* 2023 г. указан в качестве примера. При необходимости, суммы ежегодно пересматриваются.	

При заполнении заявления о предоставлении Финансовой помощи просьба помнить о следующем:

- Заявление считается неполным, пока не будут предоставлены все необходимые документы. Неполные! заявления рассматриваться **не будут**; при этом счета продолжают выставляться в обычном порядке.
- **Необходимые документы:** предоставьте копии чеков, платежных квитанций или деклараций,! подтверждающих все виды доходов, указанных в вашем заявлении о предоставлении финансовой помощи.! Кроме того, просьба приложить копии всех счетов или выписок, которые вы хотели бы учесть при рассмотрении!своего заявления. Помните, что мы оставляем за собой право потребовать дополнительные документы,!касающиеся имущества пациентов, имеющих доход ниже 150% от Федерального прожиточного уровня.
- Как только мы получим ваше заполненное заявление, вы можете подождать с любыми счетами / выписками,! пока не получите письменного уведомления относительно статуса своего заявления о предоставлении! финансовой помощи.
- От заявителей о предоставлении финансовой помощи требуется полное взаимодействие в подаче! заявлений, касающихся любой государственной программы медицинского страхования (напр. Medicaid,! Child Health Plus и т.д.), которую Northwell Health сочтет пригодной для вас.
- Просьба направить свое заявление по адресу:
 

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

**Дополнительную информацию можно получить по телефону 631-476-2801 Option 2**

## ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

**Информация о заявителе:**

Имя заявителя, родителя или опекуна \_\_\_\_\_ Номер карточки социального обеспечения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Дата рождения: Месяц День Год \_\_\_\_\_ Предпочитаемый язык \_\_\_\_\_

Домашний адрес заявителя, Город, Штат, Почтовый индекс

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Телефон (мобильный, домашний, рабочий) Телефон (мобильный, домашний, рабочий) Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

**Информация о пациенте:**

Имя пациента \_\_\_\_\_ Номер карточки социального обеспечения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Дата рождения: Месяц День Год \_\_\_\_\_

Кем пациент приходится Заявителю:  Сам(а)  Супруг(а)/партнер  Родитель/законный опекун  Ребенок  Другое: \_\_\_\_\_

Просьба указать \_\_\_\_\_

**УКАЖИТЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЕ NORTHWELL HEALTH, ГДЕ У ПАЦИЕНТА ИМЕЮТСЯ НЕОПЛАЧЕННЫЕ СЧЕТА:**

Приблизительная дата предоставления услуги: \_\_\_\_\_ Номерсчета/счетов: \_\_\_\_\_

**Общий размер семьи: Перечислите членов семьи, проживающих в доме заявителя, за которых он несет финансовую ответственность. Отметьте соответствующий квадратик для каждого из них.**

Имя	Возраст	Степень родства			
		Супруг(а)/партнер	Родитель	Ребенок	Другое
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"/>

**Совокупный доход за последние 30 дней:**

Источник дохода	Заявитель/пациент	Супруг(а)/сожитель(ница)
Размеры зарплат	\$ _____	\$ _____
Выплаты по соцобеспечению	\$ _____	\$ _____
Пособие по безработице	\$ _____	\$ _____
Пособие по инвалидности	\$ _____	\$ _____
Компенсационные выплаты работникам	\$ _____	\$ _____
Алименты/содержание ребенка	\$ _____	\$ _____
Дивиденды, банковские проценты, доходы от аренды	\$ _____	\$ _____
Другое	\$ _____	\$ _____

Просьба предоставить копии чеков, платежных квитанций или деклараций, подтверждающих все указанные доходы.

Настоящим, я разрешаю представителю страховой компании связаться со мной, чтобы помочь в подаче заявления о государственном медицинском страховании.

Наилучшее время для звонка:  Утром  Днем  Вечером  В выходной  Круглосуточно  Просьба НЕ звонить

Я подтверждаю, что представленные документы и информация, а также ответы являются правдивыми и точными. Неоплата мною любого из льготных или скорректированных счетов приведет к выставлению мне полного счета и взысканию долга в пользу Northwell Health.

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Подпись заявителя/пациента (родителя/законного опекуна несовершеннолетнего) Дата

## 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)