

Instrucciones para solicitar asistencia financiera (Financial Assistance Application Instructions)

El Programa de Asistencia Financiera de Northwell Health está pensado para ayudar a los pacientes que han recibido servicios necesarios por motivos médicos pero que no tienen seguro o que ya han agotado sus beneficios para un servicio determinado. La elegibilidad para el programa se basa en los ingresos actuales y está disponible para los individuos cuyos ingresos familiares son menores que los que se indican a continuación:

Tamaño de la familia / del hogar	Ingresos máximos del hogar (500% de las Pautas Federales de Pobreza del 2023)
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$124,300
4	\$150,000
5	\$175,700
6	\$201,400
Por cada persona adicional, agregar	\$25,700
* Se muestra 2023 para fines ilustrativos. Los montos se actualizan anualmente según sea necesario.	

Cuando realice una solicitud de asistencia financiera, recuerde lo siguiente:

- La solicitud no estará completa hasta que no se reciba toda la documentación obligatoria. Las solicitudes incompletas **no** se revisarán; se continuará con el ciclo de facturación normal.
- **Documentación obligatoria:** adjunte copias de cheques, talones de pago o resúmenes de cuenta que sirvan! como prueba de los tipos de ingresos sobre los que se informa en la solicitud de asistencia financiera. Además,! proporcione copias de todas las facturas o resúmenes de cuenta que desee que se revisen como parte de la! solicitud. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho a solicitar otra documentación para respaldar activos,! en el caso de los pacientes cuyos ingresos familiares no superan el 150% del nivel federal de pobreza.
- Una vez que recibamos la solicitud completa, podrá ignorar las facturas / los resúmenes de cuenta hasta que! reciba una notificación por escrito en la que conste el estado de la solicitud de asistencia financiera que presentó.
- Quienes soliciten asistencia financiera deben postularse en cualquier programa de seguro de salud patrocinado! por el gobierno (p. ej., Medicaid, Child Health Plus, etc.) para el que Northwell Health los considere elegibles.
- Envíe su solicitud por correo a la siguiente dirección:

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

Si desea obtener más información, llame al 631-476-2801 Option 2

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Información sobre el solicitante:

Nombre del solicitante, del padre/ de la madre, del tutor _____ Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento: _____ Idioma preferido _____
Mes Día Año

Dirección particular del solicitante Ciudad Estado Código postal _____

(_____) _____ (_____) _____
Número de teléfono celular, particular, laboral Número de teléfono celular, particular, laboral Dirección de correo electrónico _____

Información sobre el paciente:

Nombre del paciente _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: Mes Día Año _____

Relación del paciente con el solicitante: Titular Cónyuge/Pareja Padre/Madre/Tutor legal Hijo
 Otra: _____

Especifique

INDIQUE EL NOMBRE DEL CENTRO DE NORTHWELL HEALTH DONDE EL PACIENTE TIENE FACTURAS PENDIENTES DE PAGO:

Fecha aproximada del servicio: _____ Número(s) de cuenta: _____

Cantidad total de integrantes del grupo familiar: Enumere los dependientes que viven en la casa del solicitante, quienes dependen financieramente de este. Marque la casilla que corresponda para cada dependiente.

Nombre	Edad	Cónyuge/Pareja	Relación Padre/Madre	Hijo	Otra
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"/>

Ingreso mensual total bruto de los últimos 30 días:

Fuentes de ingreso	Solicitante/Paciente	Cónyuge/Pareja de hecho
Salarios	\$ _____	\$ _____
Pago del seguro social	\$ _____	\$ _____
Compensación por desempleo	\$ _____	\$ _____
Pago por discapacidad	\$ _____	\$ _____
Indemnización laboral	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia/ Manutención de menores	\$ _____	\$ _____
Dividendos, intereses, ingresos por rentas	\$ _____	\$ _____
Otra	\$ _____	\$ _____

Proporcione copias de cheques, talones de pago o resúmenes de cuenta que sirvan de respaldo del ingreso informado.

Acepto que un representante del seguro de salud se comunique conmigo para ayudarme a solicitar un seguro de salud patrocinado por el gobierno.

Mejor horario para comunicarse conmigo: mañana tarde noche fin de semana cualquier momento
 NO intenten ponerse en contacto conmigo

Certifico que la información, la documentación y las respuestas provistas son verdaderas y exactas. Si no realizo el pago de todo saldo reducido o ajustado, quedará sujeto a las prácticas normales de facturación y cobro establecidas por Northwell Health.

X _____ Fecha _____
Firma del solicitante/paciente (padre/madre/tutor legal de un 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)