

Mga Tagubilin sa Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong (Financial Assistance Application Instructions)

Ang Northwell Health Financial Assistance Program ay dinisenyo upang tulungan ang mga pasyenteng nakatanggap ng mga medikal na kinakailangang serbisyo pero walang insurance o wala nang benefits para sa isang particular na serbisyo. Ang eligibility para sa programa ay batay sa kasalukuyang kita at ito'y makukuha ng mga indibidwal na may pangambahayang kita na mas mababâ sa mga ipinapakita sa ibabâ:

Sambahayan / Ilan ang Miyembro ng Pamilya	Maximum na Kita sa Sambahayan (500% ng 2023 Federal Poverty Guidelines)
1	\$72,900
2	\$98,600
3	\$124,300
4	\$150,000
5	\$175,700
6	\$201,400
Para sa bawat karagdagang tao, magdagdag ng	\$25,700
* 2023 ipinapakita para sa layuning paglalarawan lamang. Ang mga halaga ay ina-update bawat taon kung kinakailangan.	

Kapag kinukumpleto ang aplikasyon para sa Financial Assistance, mangyaring tandaan ang sumusunod:

- Ang aplikasyon ay hindi kompleto hangga't hindi natatanggap ang lahat ng mga Kinakailangang Dokumentasyon.! Ang isang hindi kompletong aplikasyon **ay hindi** rerebyuhin at magpapatuloy ang normal na billing cycle.
- **Kinakailangang Dokumentasyon** – ilakip ang mga kopya ng mga tseke, pay stubs o statements na sumusuporta! sa alinman sa mga uri ng kita na nakareport sa iyong aplikasyon para sa pinansiyal na tulong. Bukod pa rito,! mangyaring magbigay ng mga kopya ng lahat ng bills o statements na gusto mong iparebyu bilang bahagi ng iyong aplikasyon. Tandaan na reserbado namin ang karapatang humingi ng karagdagang dokumentasyon hinggil! sa assets para sa mga pasyenteng may sambahayang kita na mas mababâ sa 150% ng Federal Poverty Level.
- Oras na natanggap na namin ang iyong kompletong aplikasyon, hindi mo na kailangang pansinin ang anumang! bills / statements hanggang natanggap mo ang nakasulat na paunawa hinggil sa status ng iyong aplikasyon para! sa pinansiyal na tulong.
- Ang mga aplikante para sa pinansiyal na tulong ay inaasahang lubos na makipagkoopera sa pag-apply para sa! anumang programa ng health insurance na inisponsor ng pamahalaan (halimbawa, Medicaid, Child Health Plus,! atbp.) na sa paniniwala ng Northwell Health ay maaaring karapat-dapat mong matanggap.
- Mangyaring ipadala sa mail ang iyong aplikasyon sa:

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

Para sa karagdagang impormasyon, mangyaring tumawag sa 631-476-2801 Option 2

APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Impormasyon Ukol sa Aplikante:

Pangalan ng Aplikante, Magulang, Guardian (Tagapag-alaga) _____ Social Security Number _____ Petsa ng Kapanganakan: _____ Mas Gustong Wika
Buwan Araw Taon _____

Tirahan ng Aplikante, Lungsod, Estado, Zip Code _____
(_____) _____ (_____) _____
Cell Phone, Telepono sa Bahay, sa Trabaho _____ Cell Phone, Telepono sa Bahay, sa Trabaho _____ Email Address _____

Impormasyon Ukol sa Pasyente:

Pangalan ng Pasyente _____ Social Security Number _____ Petsa ng Kapanganakan: _____
Buwan Araw Taon _____

Relasyon ng Pasyente sa Aplikante: Sarili Asawa/Kapareha (ka live-in) Magulang/Legal Guardian (Legal na Tagapag-alaga)
 Anak Iba pa: _____
Mangyaring Tukuyin _____

MANGYARING IPAHAYAG KUNG SAANG NORTHWELL HEALTH FACILITY ANG PASYENTE AY MAY BILLS NA HINDI PA NABABAYARAN:

Mga Kailan Isinagawa ang Serbisyo: _____ (Mga)AccountNumber: _____

Kabuuang Kalakihan ng Sambahayan: Ilista ang dependents na naninirahan sa bahay ng aplikante para kung kanino may pinansiyal na pananagutan ang aplikante. Itsek ang angkop na kahon para sa bawat dependent.

Pangalan	Edad	Relasyon			
		Asawa/Kapareha (Ka live-in)	Magulang	Anak	Iba pa
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"/>

Kabuuang Gross na Buwanang Kita para sa huling 30 araw:

Mga Pinagmumulan ng Kita	Aplikante/Pasyente	Asawa/Ka Live-in
Mga Sahod	\$ _____	\$ _____
Social Security Payment	\$ _____	\$ _____
Unemployment Compensation	\$ _____	\$ _____
Disability Payment	\$ _____	\$ _____
Workers Compensation	\$ _____	\$ _____
Alimony/Child Support	\$ _____	\$ _____
Dividends, Interests, Rental Income	\$ _____	\$ _____
Iba pa	\$ _____	\$ _____

Mangyaring magbigay ng mga kopya ng mga tseke, paystubs, o statements upang suportahan ang lahat ng nakareport na kita.

Pinahihintulutan ko ang isang kinatawan ng health insurance na kontakin ako upang tulungan ako sa pag-apply para sa health insurance na inisponsor ng pamahalaan.

Pinakamainam na panahon upang kontakin ako: Umaga Hapon Gabi Sabado't Linggo Kahit kailan
 HUWAG ako kontakin

Pinatutunayan ko na ang impormasyon at dokumentasyon na inilaan at ang mga sagot na ibinigay ay makatotohanan at wasto. Kapag hindi ko binayaran ang anumang may bawas o may adjustment na balance, mapapailalim ako sa normal na billing at pangongolekta ng Northwell Health.

X _____ Petsa _____
Pirma ng Aplikante/Pasyente (Magulang/Legal Guardian para sa menor-de-edad na bata)

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)