

APLIKIMI I NJËSUAR PËR ASISTENCË FINANCIARE SPITALORE NË NYS (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Nëse jeni i/e pasiguruar, nëse sigurimin tuaj e keni përdorur, ose po të keni sigurim shëndetësor por mund ta dokumentoni se shpenzimet tuaja mjekësore gjithsej të paguara janë më të larta se 10% e të ardhurave tuaja, mund të përfitoni asistencë financiare spitalore. Filloni të kërkonti asistencë financiare spitalore, duke plotësuar këtë formular. Ky formular përdoret nga të gjitha spitalet në Shtetin e New York-ut.

Ky aplikim duhet të printohet në gjuhët kryesore¹ që fliten nga pacientët, të cilëve u shërben spitali.

Emri i pacientit (i gjithë informacioni që është i zbatueshëm)

Emri i pacientit (emri, emri i dytë, mbiemri)		
Datëlindja (mm/dd/yyyy)		
Adresa	Apartamenti/Nr. i banesës	
Qyteti	Shteti	Zip
Nr. i telefonit i kontaktit		
Prindi/kujdestari ose emri i përfaqësuesit ligjor (nëse pacienti është fëmijë i mitur ose person i rritur por i paaftësuar)		
Adresa e emailit (nëse ka)		

Informacion për familjarët:

Radhitni më poshtë të gjithë anëtarët e familjes suaj. Familja juaj ju përfshin ju, bashkëshortin/en tuaj ose partnerin shtëpiak dhe ndonjë fëmijë ose person tjetër të varur financiarisht prej jush. Për shembull, kjo do të përfshinte të gjithë ata që përmenden në deklaratën tuaj të taksave.

Të ardhurat bruto do të thotë të ardhurat tuaja **para** se të zbriten taksat.

Të ardhurat bruto mund të jenë fitimet nga puna (rrogat, pagat, bakshishet, fitimet nga vetë-punësimi), fitimet e pafituara me punë (sigurimet shoqërore, paaftësia dhe përfitimet nga papunësia), kontributet (fondet nga familja ose miqtë) dhe burime të tjera të të ardhurave (asistenca e përkohshme dhe të ardhurat shtesë nga sigurimet shoqërore).

¹ "Gjuhët kryesore" janë ato gjuhë që përdoren për të komunikuar në të paktën 5% të vizitave të pacientëve në vit, ose çdo gjuhë që flitet nga më shumë se 1% e popullsisë në zonën kryesore të shërbimit të spitalit, llogaritur nga të dhënat demografike të vëna në dispozicion nga Zyra e Censusit e Shteteve të Bashkuara dhe të plotësuara me të dhënat nga sistemet shkollore.

APLIKIMI I NJËSUAR PËR ASISTENCË FINANCIARE SPITALORE NË NYS (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Emri i plotë	Marrëdhënia	Të ardhurat totale bruto (Aktuale)
	Ju vetë	

Spitali mund t'ju kërkojë të dorëzoni dokumentacion si provë të të ardhurave; ky dokumentacion mund të jetë një dëftesë (stub) e çekut të pagesës, një letër nga punëdhënësi juaj nëse keni, ose Formulari 1040.

Statusi i sigurimit shëndetësor

A keni ndonjë formë sigurimi shëndetësor, përfshi Medicaid, Medicare ose sigurim privat nëpërmjet punëdhënësit tuaj ose që e keni blerë ju vetë? Po Jo

Nëse u përgjigjët “Jo,” a dëshironi ndihmë për të aplikuar për ndonjë nga këto programe? Po Jo

Pacientët të pasiguruar mjaftueshëm: persona që janë të siguar por kanë shpenzime mjekësore të mëdha. Po të keni sigurim shëndetësor, jepni një shumë të përafërt për faturat mjekësore që keni paguar gjatë 12 muajve të shkuar.

\$

Spitali mund të kërkojë që të paraqisni dokumentacion si provë e shpenzimeve mjekësore të paguara.

Pacienti/Pala në ngarkim: Nëse nuk nënshkruan pacienti vetë, përmendni emrin e personit që po e nënshkruan formularin dhe autoritetin e këtij personi për të nënshkruar në emër të pacientit (p.sh. bashkëshorti/ja, prindi, përfaqësuesi ligjor).

E kuptoj se informacioni që po paraqit mund të verifikohet nga burime të treta. Certifikoj se informacioni është i vërtetë dhe i plotë, me aq sa jam unë në dijeni.

Pacienti/Agjenti/I afërmi/Kujdestari (Nënshkrimi) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	Data (Date)	Ora (Time)	Emri me shkronja shtypi (Print Name)
--	----------------	---------------	---

Marrëdhënia nëse tjetërkush nga pacienti
(Relationship if other than patient)

PËRFITUESHMËRIA MINIMALE DHE ORIENTIMET (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Rrjedha kohore e aplikimit, Të drejtat e pacientit dhe Fshehtësia

- Mund të aplikoni për asistencë financiare në çdo moment gjatë procesit të pagesës së shpenzimeve.
- Nuk ka nevojë t'i bëni asnjë pagesë këtij spitali, derisa të merrni një vendim për aplikimin tuaj për asistencë financiare. Spitaleve nuk u lejohet që t'i përcjellin llogaritë për tërheqje të pagesës, sa kohë që aplikimi juaj nuk ka marrë përgjigje.
- Nëse ju refuzohet asistencë financiare, keni të drejtë që të apeloni. Informacioni se si ta bëni këtë do të përfshihet në njoftimin që do të merrni nga spitali. Keni të drejtë edhe që ta apeloni shumën e asistencës financiare që ju është miratuar. Spitali do t'ju japë informacion si të apeloni, në letrën që ju komunikon vendimin.
- Spitalet nuk mund të dërgojnë faturat e papaguara te një agjenci e tërheqjes së pagesave për së paku 180 ditë pas faturës suaj të parë.
- Spitaleve u ndalohet të ndër marrin veprime ligjore, përfshi paditë, për të rikuperuar fatura mjekësore të papaguara për pacientë nën 400% të nivelit federal të varfërisë. Orientimet për varfërinë mund të gjenden këtu: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Çdo informacion që ofrohet te ky aplikim do të përdoret nga spitali vetëm për të përcaktuar përfitueshmërinë tuaj për asistencë financiare dhe do të mbetet konfidencial në masën e lejuar nga ligji.
- Një spital nuk mund t'ju refuzojë shërbime mjekësore të domosdoshme, ngaqë keni fatura mjekësore të papaguara.
- Po të keni nevojë për asistencë me këtë aplikim, **kontaktoni Zyrën e asistencës financiare të Northwell Health në (800) 995-5727.**
- Dorëzoheni aplikimin tuaj duke biseduar me një përfaqësues në numrin e telefonit më lart, online në <https://www.northwell.edu/assistance>, ose me postë, në adresën Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- Po të keni nevojë për asistencë të mëtejshme me këtë aplikim ose për ndihmë me apelimin e një vendimi, mund të kontaktoni Community Health Advocates: 888-614-5400.

Përfitueshmëria

Asgjë nuk e kufizon mundësinë që një spital të përcaktojë përfitueshmërinë për zbritje të pagesave në pacientë me nivele të ardhurash më të larta se ato që specifikohen më poshtë dhe/ose për të ofruar zbritje pagesash më të mëdha se ato që kërkohen nga Ligji i shëndetit publik, për pacientë përfitues. Veç kësaj, statusi i imigracionit nuk do të shërbejë si kriter përfitueshmërie gjatë marrjes së vendimit për asistencë financiare.

Përfitojnë individët e mëposhtëm:

- Individë me të ardhura të ulëta pa sigurim shëndetësor; ose
- individë të pasiguruar mjaftueshëm (me kosto mjekësore xhepi të akumuluar gjatë dymbëdhjetë muajve të shkuar që tejkalojnë dhjetë për qind të të ardhurave vjetore bruto të personit); ose
- personat që i kanë përdorur tashmë përfitimet e tyre nga sigurimi shëndetësor dhe që mund të provojnë se nuk janë në gjendje të paguajnë faturimet e plota; ose
- nëse spitali bie dakord, individët që mund të provojnë se nuk janë në gjendje të paguajnë bashkë-pagesën dhe/ose pagesën e deduktueshme mund të kërkojnë një tarifë të reduktuar ose me zbritje.

Individët me deri 400% të nivelit federal të varfërisë mund të përfitojnë asistencë financiare.

PËRFITUESHMËRIA MINIMALE DHE ORIENTIMET (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Nivelet federale të varfërisë (2025)			
Madhësia e shtëpisë	200%	300%	400%
1 person	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 persona	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 persona	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 persona	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 persona	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 persona	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 persona	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Përditësuar çdo vit: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Përqindjet minimale të zbritjeve

Nëse kualifikoheni për asistencë financiare, tarifimet për ju do të reduktohen në bazë të të ardhurave tuaja, sipas shkallës së përshtatjes zbritëse të tarifimit më poshtë:

Niveli i të ardhurave	Pagesa
Nën 200% FPL	Heqja dorë nga krejt tarifimi
200% - 300% FPL	Pacientët e pasiguar: Përshtatje zbritëse me deri 10% të shumës që do të ishte paguar për shërbimin/et nga Medicaid. Pacientët e pasiguar mjaftueshëm: Deri në 10% të shumës që do të ishte paguar, në bazë të bashkëndarjes së kostos nga sigurimi i pacientit.
301% - 400% FPL	Pacientët e pasiguar: Përshtatje zbritëse me deri 20% të shumës që do të ishte paguar për shërbimin/et nga Medicaid. Pacientët e pasiguar mjaftueshëm: Deri në 20% të shumës që do të ishte paguar, në bazë të bashkëndarjes së kostos nga sigurimi i pacientit.

Spitalet mund të vendosin të japin zbritje më të mëdha për pacientë të përfitueshëm dhe/ose të ofrojnë zbritje pagesash për pacientë me nivele më të larta të ardhurash.

Planet e pagesës me këste

Pacientëve që nuk janë në gjendje ta paguajnë tarifën e reduktuar të gjithën njëherësh u ofrohen plane të pagesës me këste. Pagesat mujore nuk mund të tejkalojnë 5% të të ardhurave tuaja mujore bruto dhe norma e interesit që i tarifohet pacientit për balancën e papaguar, nëse ka të tillë, nuk do të tejkalojë 2%.

KËRKESA PËR PROVË TË TË ARDHURAVE FAMILJARE (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Përfshini informacion të të ardhurave për pacientin, bashkëshortin/en dhe ndonjë person financiarisht të varur prej tyre (të tillë si fëmijët). Për shembull, kjo do të përfshinte të gjithë personat që përmenden në të njëjtin deklaram taksash (deklaruesi, bashkëshorti/ja dhe personat financiarisht të varur prej tyre) në llogaritjen e të ardhurave familjare.

Më poshtë sjellim një listë dokumentesh që mund të përdorni për të provuar të ardhurat tuaja. Nuk ka nevojë t'i siguronit të gjitha këto dokumente. Mund edhe të paraqisni një deklaratë se nuk keni të ardhura familjare, nëse nuk keni të ardhura.

Mund edhe të paraqitni një dëftesë të përcaktimit të përfitueshmërisë (Eligibility determination page) nga NY State of Health Marketplace. Po ta keni këtë dokument, nuk ka nevojë t'i paraqitni spitalit ndonjë informacion tjetër për të ardhurat, nga ato që përmenden më poshtë.

Nëse familja juaj merr:	Shuma për muaj:	Aplikanti mund të paraqitë:
Rroga	\$	Paraqitni një dëftesë të çekut të rrogës ose një letër zyrtare nga punëdhënësi, të nënshkruar dhe të datuar, ose deklaratën më të fundit të taksave.
Pagesa të sigurimeve shoqërore	\$	Një kopje të letrës/certifikatës të shpërblimit, ose letra të tjera nga Administrata e Sigurimeve Shoqërore e SHBA, ose letrën vjetore të përfitimeve. Për të kërkuar një kopje të letrës suaj të përfitimeve nga Sigurimet Shoqërore, telefononi te 1-800-772-1213 ose vizitoni www.ssa.gov .
Kompensime të papunësisë	\$	Kopje të letrës/certifikatës së shpërblimit, ose deklaratë të përfitimeve mujore nga Departamenti i punës i NYS, ose kopje të Kartës së pagesës direkte me ekstrakt të printuar, ose letër nga Departamenti i punës i NYS, ose Ekstrakt të printuar të llogarisë së marrësit nga uebsajti i Departamentit të punës të NYS (www.labor.state.ny.us).
Pagesa për paaftësi	\$	Kopje të letrës/certifikatës të shpërblimit, ose letra të tjera nga Administrata e Sigurimeve Shoqërore e SHBA, ose kopje të letrës vjetore të përfitimeve. Për të kërkuar një kopje të letrës suaj të përfitimeve, telefononi te 1-800-772-1213 ose vizitoni www.ssa.gov .
Kompensime të punonjësit	\$	Kopje të letrës së shpërblimit ose dëftesë çeku.
Pagesa ushqimore/pagesa të mbështetjes për fëmijën	\$	Kopje të urdhrat të gjykatës ose 3 muaj çeqe/dëftesa çeqesh të depozituara.
Dividendë/Interesa	\$	Ekstrakte të dividendëve tremujore ose ekstrakte 1-mujore.
Tjetër	\$	Letër që tregon shumën e fitimeve jo nga rrogat (nëse ka), të tilla si të ardhura nga qiratë, para për punë të rastit, etj.
Asnjë të ardhur	\$0	Deklaratë e nënshkruar se personi nuk ka të ardhura.

NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

You may be eligible for hospital financial assistance to pay your bills if you are uninsured, if your insurance is exhausted, or if you have health insurance but have proof of paid medical expenses totaling more than 10% of your income. Completing this form will start your request for hospital financial assistance. This form is used by all hospitals in New York State.

This application must be printed in the primary¹ languages spoken by patients served by the hospital.

Patient Name (complete information that is applicable)

Patient Name (First, Middle, Last)		
Date of Birth (mm/dd/yyyy)		
Address		Apartment/Unit #
City	State	Zip
Contact Phone #		
Parent/Guardian or Lawful Representative Name (if patient is a minor child or an incapacitated adult)		
Email Address (if any)		

Family Information:

Please list below all family members in your household. Your household includes yourself, your spouse or domestic partner, and any children or other dependents. For example, this would include everyone listed on the same tax return.

Gross income means your income **before** taxes are deducted.

Gross income can consist of work earnings (wages, salaries, tips, earnings from self-employment), unearned income (social security, disability, and unemployment benefits), contributions (funds from family or friends), and other sources of income (temporary assistance and supplemental security income).

¹ "Primary languages" includes any language that is used to communicate in at least 5% of patient visits per year, or any language spoken by more than 1% of the primary hospital service area population, as calculated using demographic information available from the United States Bureau of the Census, supplemented by data from school systems.

NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Full Name	Relationship	Total Gross Income (Current)
	Self	

The hospital may request you submit documentation as proof of income; examples of documentation might include a pay stub, a letter from your employer if applicable, or Form 1040.

Health Insurance Status

Do you have any form of health insurance, including Medicaid, Medicare, or private insurance through your employer or purchased on your own? Yes No

If you answered "No," would you like assistance in applying for any of these programs? Yes No

Underinsured patients: people with insurance and high medical expenses.

If you have insurance, please provide an estimate of the medical bills you paid in the past 12 months.

\$

The hospital may request you submit documentation as proof of paid medical expenses.

Patient/Responsible Party: If not the patient, list the name of the person signing the form and their authority to sign on behalf of the patient (e.g., spouse, parent, legal representative).

I understand that the information I submit may be subject to verification from external sources. I certify that the information is true and complete to the best of my knowledge.

Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature) Date Time Print Name

Relationship if other than patient

MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

Application Timeline, Patient Rights, and Confidentiality

- You can apply for financial assistance at any point during the collection process.
- You do not have to make any payment to this hospital until you receive a decision on your application for financial assistance. Hospitals may not forward accounts to collection while your application is pending.
- If you are denied financial assistance, you have the right to appeal. Information on how to do so will be included in the hospital's notice you receive. You may have the right to appeal the amount of your financial assistance. The hospital will include information about how to appeal in their decision letter.
- Hospitals cannot send unpaid bills to a collection agency for at least 180 days after your first bill.
- Hospitals are prohibited from taking legal action, including filing lawsuits, to recover unpaid medical bills for patients below 400% of the federal poverty level. Poverty guidelines can be found here: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Any information provided in this application will only be used by the hospital to determine your eligibility for financial assistance and will remain confidential to the extent permitted by law.
- A hospital cannot deny you medically necessary services because you have an outstanding medical bill.
- If you need assistance with this application, **please contact Northwell Health's Financial Assistance Office at (800) 995-5727.**
- Please submit your application by speaking to a representative at the above phone number, online at <https://www.northwell.edu/assistance>, or by mail at Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- If you need additional assistance with this application or help appealing a decision, you can reach out to Community Health Advocates: 888-614-5400.

Eligibility

Nothing limits a hospital's ability to establish patient eligibility for payment discounts at income levels higher than those specified below and/or to provide greater payment discounts for eligible patients than those required by Public Health Law. Additionally, immigration status shall not be an eligibility criterion for the purpose of determining financial assistance.

The following individuals are eligible:

- Low-income individuals without health insurance; or
- underinsured individuals (out-of-pocket medical costs accumulated in the past twelve months that amount to more than ten percent of such individual's gross annual income); or
- those who have exhausted their health insurance benefits, and who can demonstrate an inability to pay full charges; or
- at the hospital's discretion, individuals who can demonstrate an inability to pay their co-pay and/or deductible can request a reduced or discounted payment.

Individuals up to 400% of the federal poverty level are eligible for financial assistance.

MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

Federal Poverty Levels (2025)			
Household Size	200%	300%	400%
1 Person	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 Persons	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 Persons	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 Persons	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 Persons	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 Persons	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 Persons	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Updated annually: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Minimum Discount Rates

If you qualify for financial assistance, your charges will be reduced according to your income on a sliding fee scale as follows:

Income Level	Payment
Below 200% FPL	Waive all charges
200% - 300% FPL	Uninsured patients: Sliding scale up to 10% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid. Underinsured patients: Up to a maximum of 10% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.
301% - 400% FPL	Uninsured patients: Sliding scale up to 20% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid. Underinsured patients: Up to a maximum of 20% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.

Hospitals may choose to provide greater discounts for eligible patients and/or offer payment discounts for patients at higher income levels.

Installment Plans

Installment plans are available to patients who are unable to pay the reduced rate all at one time. Monthly payments cannot exceed 5% of your gross monthly income and the rate of interest charged to the patient on the unpaid balance, if any, shall not exceed 2%.

REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME

Please include the income information for the patient, their spouse, and any dependents (such as children). For example, this would include everyone on the same tax return (tax filer, spouse, and tax dependents) in the calculation of household income.

The following is a list of documents you can use to prove your income. You do not have to provide all these documents. You can also provide a statement of no household income if you have no income.

You may also provide the Eligibility determination page from the NY State of Health Marketplace. If you have this document, you do not have to provide any other income information listed below to the hospital.

If Household Receives:	Amount per Month:	Applicant May Provide:
Wages	\$	Please provide one Paycheck Stub, or Letter from Employer on company letterhead, signed and dated, or most recently filed income tax return.
Social Security Payment	\$	Copy of award letter/certificate, or correspondence from the U.S. Social Security Administration, or annual benefit letter. To request a copy of your Social Security benefit letter, call 1-800-772-1213 or visit www.ssa.gov .
Unemployment Compensation	\$	Copy of award letter/certificate, or monthly benefit statement from NYS Department of Labor, or Copy of Direct Payment Card with printout, or Correspondence from the NYS Department of Labor, or Printout of recipient's account information from the NYS Department of Labor's website (www.labor.state.ny.us).
Disability Payment	\$	Copy of award letter/certificate, or correspondence from Social Security Administration, or copy of annual benefit letter. To request a copy of your benefit letter, call 1-800-772-1213 or visit www.ssa.gov .
Workers Compensation	\$	Copy of Award Letter or Check stub.
Alimony/Child Support	\$	Copy of court order, or 3 months of cashed checks/receipts.
Dividends/Interest	\$	Quarterly dividend statements or 1 month statements.
Other	\$	Letter stating the amount of non-wage earnings (if any), such as rental income, cash for odd jobs, etc.
No Income	\$0	Signed statement of no income.