

طلب المساعدة المالية الموحد للمستشفيات في ولاية نيويورك (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

قد تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مالية من المستشفى لدفع فواتيرك إذا كنت غير مؤمن، أو إذا استنفدت تأمينك، أو إذا كان لديك تأمين صحي ولكن لديك دليل على نفقات طبية مدفوعة تتجاوز 10% من دخلك. إكمال هذا النموذج سيبدأ طلبك للحصول على المساعدة المالية من المستشفى. يُستخدم هذا النموذج في جميع مستشفيات ولاية نيويورك.

يجب طباعة هذا الطلب باللغات الأساسية التي يتحدث بها المرضى الذين يخدمهم المستشفى.

اسم المريض (أكمل المعلومات التي تنطبق)

اسم المريض (الأول، الأوسط، الأخير)	
تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	
العنوان	رقم الشقة/الوحدة
الولاية	الرمز البريدي
المدينة	
رقم هاتف الاتصال	
اسم الوالد/الوصي أو الممثل القانوني (إذا كان المريض طفلاً قاصراً أو بالغاً عاجزاً)	
عنوان البريد الإلكتروني (إن وجد)	

معلومات الأسرة:

يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة في منزلك أدناه. تشمل أسرته نفسك وزوجك أو شريكك المنزلي وأي أطفال أو معالين آخرين. على سبيل المثال، يشمل ذلك جميع الأشخاص المدرجين في نفس الإقرار الضريبي.

الدخل الإجمالي يعني ذلك قبل خصم الضرائب.

يمكن أن يتكون الدخل الإجمالي من أرباح العمل (الأجور، الرواتب، الإكراميات، أرباح العمل الحر)، الدخل غير المكتسب (الضمان الاجتماعي، إعانات العجز، إعانات البطالة)، المساهمات (الأموال من العائلة أو الأصدقاء)، ومصادر دخل أخرى (المساعدة المؤقتة والدخل الأمني الإضافي).

¹ "اللغات الأساسية" تشمل أي لغة يتم استخدامها للتواصل في ما لا يقل عن 5% من زيارات المرضى سنوياً، أو أي لغة يتحدث بها أكثر من 1% من سكان المنطقة الأساسية التي يخدمها المستشفى، وفقاً للبيانات الديموغرافية المتاحة من مكتب تعداد الولايات المتحدة، بالإضافة إلى بيانات أنظمة المدارس.

طلب المساعدة المالية الموحد للمستشفيات في ولاية نيويورك
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

الاسم الكامل	العلاقة	جمالي الدخل الإجمالي (الحالي)
	نفسه	

قد يطلب منك المستشفى تقديم مستندات كدليل على الدخل؛ تشمل أمثلة هذه المستندات ما يلي: سيمية راتب، خطاب من صاحب العمل (إذا كان ذلك ينطبق عليك)، أو نموذج الضرائب 1040.

حالة التأمين الصحي

هل لديك أي شكل من أشكال التأمين الصحي، بما في ذلك Medicaid أو Medicare أو التأمين الخاص من خلال صاحب العمل أو المشتري بنفسك؟

نعم لا

نعم لا

إذا أجبت "لا"، هل ترغب في المساعدة في التقدم لأي من هذه البرامج؟

المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ: هم الأشخاص الذين لديهم تأمين صحي ولكن تواجههم نفقات طبية مرتفعة. إذا كان لديك تأمين، يرجى تقديم تقدير للفواتير الطبية التي دفعتها خلال الـ 12 شهرًا الماضية.

\$

قد يطلب المستشفى منك تقديم وثائق كدليل على النفقات الطبية المدفوعة.

المريض/الطرف المسؤول: إذا لم يكن المريض، أذكر اسم الشخص الذي يوقع النموذج وصلاحيته للتوقيع نيابة عن المريض (مثل الزوج، الوالد، الممثل القانوني).

أتفهم أن المعلومات التي أقدمها قد تخضع للتحقق من مصادر خارجية. أشهد أن المعلومات صحيحة وكاملة حسب علمي.

الاسم مطبوعاً (Print Name)	الوقت (Time)	التاريخ (Date)	المريض/الوكيل/القريب/الوصي (التوقيع) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))
-------------------------------	-----------------	-------------------	---

علاقة القرابة إذا كنت شخص آخر غير المريض
(Relationship if other than patient)

الحد الأدنى لمعايير الأهلية والإرشادات (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

الجدول الزمني للتقديم، حقوق المريض، والسرية

- يمكنك التقدم للحصول على المساعدة المالية في أي وقت خلال عملية التحصيل.
- لا يتعين عليك دفع أي مبلغ لهذا المستشفى حتى تتلقى قرارًا بشأن طلبك للمساعدة المالية. لا يجوز للمستشفيات إرسال الحسابات إلى التحصيل أثناء انتظار طلبك.
- إذا تم رفض مساعدتك المالية، يحق لك الاستئناف. ستُدرج معلومات حول كيفية القيام بذلك في الإشعار الذي تتلقاه من المستشفى. قد يكون لديك الحق في الاستئناف بشأن مبلغ المساعدة المالية المقدمة لك. سيقوم المستشفى بتضمين معلومات حول كيفية تقديم استئناف في خطاب القرار الخاص بالمساعدة المالية.
- لا يمكن للمستشفيات إرسال الفواتير غير المدفوعة إلى وكالة تحصيل لمدة 180 يومًا على الأقل بعد استلامك أول فاتورة.
- يُحظر على المستشفيات اتخاذ إجراءات قانونية، بما في ذلك رفع الدعاوى، لاسترداد الفواتير الطبية غير المدفوعة للمرضى الذين تقل دخولهم عن 400% من مستوى الفقر الفيدرالي. يمكنك العثور على إرشادات الفقر من خلال الرابط التالي:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ستُستخدم أي معلومات مقدمة في هذا الطلب فقط من قبل المستشفى لتحديد أهليتك للمساعدة المالية وستظل سرية بقدر ما يسمح به القانون.
- لا يمكن للمستشفى رفض تقديم الخدمات الطبية الضرورية لك بسبب وجود فاتورة طبية غير مدفوعة.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة مع هذا الطلب، يرجى الاتصال بمكتب المساعدة المالية في Northwell Health على الرقم (800) 995-5727.
- يرجى تقديم طلبك عبر التحدث إلى ممثل على الرقم أعلاه، أو عبر الإنترنت على <https://www.northwell.edu/assistance>، أو بالبريد إلى
Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في استكمال هذا الطلب أو المساعدة في استئناف القرار، يمكنك التواصل مع Community Health Advocates: 888-614-5400.

الأهلية

لا يوجد ما يحد من قدرة المستشفى على تحديد أهلية المرضى للحصول على خصومات على المدفوعات عند مستويات دخل أعلى من تلك المحددة أدناه و/أو تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين مقارنة بالحد الأدنى المطلوب بموجب قانون الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، لن يكون وضع الهجرة معيارًا لتحديد الأهلية عند النظر في تقديم المساعدة المالية.

الأفراد التاليون مؤهلون:

- الأفراد ذوي الدخل المنخفض الذين ليس لديهم تأمين صحي؛ أو
 - الأفراد غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ (أي الذين تراكمت عليهم نفقات طبية شخصية خلال الأشهر الـ 12 الماضية تزيد عن 10% من إجمالي دخلهم السنوي). أو
 - الأفراد الذين استنفدوا مزايا التأمين الصحي الخاص بهم، ويمكنهم إثبات عدم قدرتهم على دفع التكاليف بالكامل؛ أو
 - وفقًا لتقدير المستشفى، يمكن للأفراد الذين يستطيعون إثبات عدم قدرتهم على دفع قيمة المبلغ المقتطع و/أو الدفعة المشتركة طلب تخفيض أو خصم على المدفوعات.
- الأفراد الذين يصل دخلهم إلى 400% من مستوى الفقر الفيدرالي مؤهلون للحصول على المساعدة المالية.

الحد الأدنى لمعايير الأهلية والإرشادات (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

مستويات الفقر الفيدرالية (2025)			
%400	%300	%200	حجم الأسرة
62,600 \$	46,950 \$	31,300 \$	1 شخص
84,600 \$	63,450 \$	42,300 \$	2 أشخاص
106,600 \$	79,950 \$	53,300 \$	3 أشخاص
128,600 \$	96,450 \$	64,300 \$	4 أشخاص
150,600 \$	112,950 \$	75,300 \$	5 أشخاص
172,600 \$	129,450 \$	86,300 \$	6 أشخاص
194,600 \$	145,950 \$	97,300 \$	7 أشخاص

يتم تحديث إرشادات الفقر سنويًا، ويمكنك العثور على أحدث المعلومات من خلال الرابط التالي:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

معدلات الخصم الدنيا

إذا كنت مؤهلاً للمساعدة المالية، ستُخفض رسومك وفقًا لدخلك على مقياس رسوم متدرج كالتالي:

الدفع	مستوى الدخل
الإعفاء من جميع الرسوم والإعفاء من جميع الرسوم	أقل من 200% من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم مقياس متدرج يصل إلى 10% من المبلغ الذي كان سيُدفع للخدمة بواسطة Medicaid. المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ: بحد أقصى 10% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه وفقًا لمشاركة المريض في تكاليف التأمين الصحي.	200%-300% من مستوى الفقر الفيدرالي
المرضى غير المؤمن عليهم: مقياس متدرج يصل إلى 20% من المبلغ الذي كان سيُدفع للخدمة (الخدمات) بواسطة Medicaid. المرضى غير المؤمن عليهم بشكل كافٍ: بحد أقصى 20% من المبلغ الذي كان سيتم دفعه وفقًا لمشاركة المريض في تكاليف التأمين الصحي.	301%-400% من مستوى الفقر الفيدرالي

يجوز للمستشفيات تقديم خصومات أكبر للمرضى المؤهلين و/أو تقديم خصومات على المدفوعات للمرضى ذوي الدخل الأعلى وفقًا لتقديرها.

خطط الدفع بالتقسيط

توفر خطط الدفع بالتقسيط للمرضى الذين لا يستطيعون دفع المبلغ المُخفَّض دفعة واحدة. لا يجوز أن تتجاوز الدفعات الشهرية 5% من إجمالي دخلك الشهري، كما أن معدل الفائدة على الرصيد غير المدفوع، إن وُجد، لا يجب أن يتجاوز 2%.

طلب إثبات دخل الأسرة (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

يرجى تضمين معلومات الدخل للمريض وزوجه وأي معالين (مثل الأطفال). على سبيل المثال، يشمل ذلك جميع الأشخاص في نفس الإقرار الضريبي (لمُكَلَّف الضريبي، الزوج/الزوجة، المُعالون الضريبيون) في احتساب دخل الأسرة.

فيما يلي قائمة بالمستندات التي يمكنك استخدامها لإثبات الدخل. لست مطالبًا بتقديم جميع هذه المستندات. إذا لم يكن لديك دخل، يمكنك تقديم بيان يفيد بعدم وجود دخل للأسرة.

يمكنك أيضًا تقديم صفحة تحديد الأهلية من سوق التأمين الصحي لولاية نيويورك. إذا كان لديك هذا المستند، فلن تحتاج إلى تقديم أي معلومات دخل أخرى مدرجة أدناه إلى المستشفى.

إذا كانت الأسرة تتلقى:	المبلغ شهريًا:	يمكن لمقدم الطلب تقديم:
الأجور	\$	قسيمة راتب واحدة، أو خطاب من صاحب العمل على ورقة رسمية للشركة، موقع ومؤرخ، أو الإقرار الضريبي الأخير المُقَدَّم.
دفعه الضمان الاجتماعي	\$	نسخة من خطاب/شهادة الموافقة أو مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي الأمريكية أو رسالة الفوائد السنوية. طلب نسخة من خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي، يرجى الاتصال على: 1-008-277-3121، أو زيارة: www.ssa.gov .
تعويض البطالة	\$	نسخة من خطاب/شهادة الموافقة، كشف الفوائد الشهري من وزارة العمل بولاية نيويورك أو نسخة من بطاقة الدفع المباشر مع كشف الحساب أو مراسلات من وزارة العمل بولاية نيويورك أو طباعة معلومات حساب المستفيد من موقع وزارة العمل في نيويورك (www.labor.state.ny.us).
دفعه العجز	\$	نسخة من خطاب/شهادة الموافقة، مراسلات من إدارة الضمان الاجتماعي أو نسخة من خطاب الفوائد السنوي. لطلب نسخة من خطاب استحقاقات الضمان الاجتماعي، يرجى الاتصال على: 1-800-772-1213، أو زيارة: www.ssa.gov .
تعويض العمال	\$	نسخة من خطاب/شهادة الموافقة أو قسيمة شيك.
النفقة/دعم الطفل	\$	سخة من أمر المحكمة أو 3 أشهر من الشيكات المصروفة/الإيصالات.
الأرباح/الفوائد	\$	يانات الأرباح الفصلية أو بيانات شهرية لمدة شهر واحد.
أخرى	\$	خطاب يوضح مقدار الدخل غير الوظيفي (إن وجد)، مثل دخل الإيجار أو الأموال النقدية من الأعمال الصغيرة.
لا دخل	0\$	بيان موقع بعدم وجود دخل.

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	<p>Uninsured patients: Sliding scale up to 10% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid.</p> <p>Underinsured patients: Up to a maximum of 10% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.</p>
301% - 400% FPL	<p>Uninsured patients: Sliding scale up to 20% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid.</p> <p>Underinsured patients: Up to a maximum of 20% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.</p>

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.