এনওয়াইএস হাসপাতালের আর্থিক সাহায্যের জন্য একই আবেদনপত্র
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

যদি আপনার বিমা না থাকে, যদি আপনার বিমা ফুরিয়ে যায়, বা যদি আপনার বিমা থাকে তবে আপনার কাছে প্রমাণ থাকে যে মেডিকাল খরচ বাবদ যা দাম দিয়েছেন সেটা আপনার আয়ের 10%-এর বেশি, সেক্ষেত্রে আপনি হাসপাতালের আর্থিক সাহায্য পাওয়ার যোগ্য হতে পারেন। এই ফর্ম পূরণ করে দিলে আপনার হাসপাতালের আর্থিক সাহায্যের অনুরোধ শুরু করা হবে। নিউ ইয়র্ক স্টেটের সব হাসপাতাল এই ফর্ম ব্যবহার করে।

হাসপাতাল যে রোগীকে পরিষেবা দেয়তার প্রাথমিক[1] কথ্য ভাষায় এই আবেদন প্রিন্ট করতে হবে।

রোগীর নাম (প্রযোজ্য সম্পূর্ণ তথ্য)

রোগী নাম (প্রথম, মাঝের, শেষ অংশ)		
জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)		
ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট/ইউনিট #	
শহর	রাজ্য	জিপ
যোগাযোগের ফোন #		
মা-বাবা/অভিভাবক বা আইনী প্রতিনিধির নাম (রোগী যদি নাবালক বা অক্ষম সাবালক হয়)		
(যদি থাকে) ইমেল অ্যাড্রেস		

পারিবারিক তথ্য:
অনুগ্রহ করে আপনার সংসারে, পরিবারের সব সদস্যদের উল্লেখ করুন। আপনার সংসার বলতে আপনি, আপনার স্বামী বা স্ত্রী বা সংসারে অংশীদার এবং সন্তান বা অন্য নির্ভরশীল ব্যক্তি বোঝায়। যেমন, যারা একই কর অর্থাৎ ট্যাক্স রিটার্ন জমা করে তারা সবাই এতে থাকবে।

মোট আয় মানে কর বাদ দেওয়ার **আগে** আপনার আয় বোঝায়।

মোট আয়ে কাজ থেকে উপার্জন (বেতন/মজুরি, পারিশ্রমিক, টিপ, নিজের কাজ থেকে আয়), উপার্জন না করা রোজগার (সোশাল সিকিউরিটি, প্রতিবন্ধী, এবং বেকারত্বের সুবিধা), যোগদান (পরিবার ও বন্ধুদের দেওয়া অর্থ), এবং আয়ের অন্যান্য উৎস (সাময়িক সাহায্য এবং সাপ্লিমেন্টাল সিকিউরিটি ইনকাম) থাকতে পারে।

[1] "প্রাথমিক ভাষা" মানে প্রতি বছর অন্তত 5% রোগীর সাথে কথোপকথনে যে ভাষা ব্যবহার করা হয়, বা প্রাথমিক হাসপাতাল পরিষেবা এলাকার জনসাধারণের 1%-এর বেশি যে ভাষায় কথা বলে সেটা বোঝায়, ইউনাইটেড স্টেটস বিউরো অফ দ্য সেনসাস থেকে প্রাপ্ত জনতাত্ত্বিক তথ্য এবং তার পরিপূরক হিসাবে স্কুল ব্যবস্থা থেকে পাওয়া ডেটার ভিত্তিতে এর হিসাব করা হয়।

এনওয়াইএস হাসপাতালের আর্থিক সাহায্যের জন্য একই আবেদনপত্র
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

সম্পূর্ণ নাম	সম্পর্ক	সব সমতে মোট আয় (বর্তমান)
	নিজে	

আয়ের প্রমাণ হিসাবে হাসপাতাল আপনাকে দলিল জমা দিতে বলতে পারে; এই দলিলের উদাহরণে পে স্টাব, প্রযোজ্য হলে আপনার নিয়োগকর্তার কাছ থেকে চিঠি, বা ফর্ম 1040 থাকতে পারে।

স্বাস্থ্য বিমার পরিস্থিতি

আপনার কাছে মেডিকেড, মেডিকেয়ার বা আপনার নিয়োগকর্তার মাধ্যমে বা নিজে কেনা বেসরকারি বিমার মত কোনও স্বাস্থ্য বিমা আছে কি? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আপনি যদি উত্তরে "না" জানান, এর মধ্যে কোনও প্রোগ্রামে আবেদন করার জন্য আপনি সাহায্য পেতে চান কি? ☐ হ্যাঁ ☐ না

কম বিমা সুরক্ষা পাওয়া রোগী: যাদের বিমা আছে তবে মেডিকাল খরচ বেশি।

যদি আপনার বিমা থাকে, গত 12 মাসে আপনি যে মেডিকাল বিল শোধ করেছেন অনুগ্রহ করে তার পরিমাণ অনুমানমত জানান।

$

পরিশোধ করা মেডিকাল খরচের প্রমাণ হিসাবে হাসপাতাল আপনাকে দলিল জমা দিতে বলতে পারে।

রোগী/দায়িত্বপ্রাপ্ত পক্ষ: যদি রোগী না হয়, তাহলে যে ব্যক্তি ফর্মে স্বাক্ষর করছেন তার নাম এবং রোগীর পক্ষ থেকে তার স্বাক্ষর করার প্রাধিকার (যেমন স্বামী বা স্ত্রী, মা বাবা, আইনী প্রতিনিধি) জানান।

আমি বুঝি আমার জমা দেওয়া তথ্যের সততা বাইরের উৎস থেকে যাচাই করা যায়। আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমার যথাসাধ্য জ্ঞান বুদ্ধি মত এই তথ্য সম্পূর্ণ ও সত্য।

রোগী/প্রতিনিধি/আত্মীয়/অভিভাবকের (স্বাক্ষর) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))
তারিখ (Date)
সময় (Time)
নাম ছাপুন (Print Name)

রোগী না হলে সম্পর্ক
(Relationship if other than patient)

ন্যূনতম যোগ্যতা ও নির্দেশিকা
(MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

আবেদনের সময়সীমা, রোগীর অধিকার, এবং গোপনীয়তা

- সংগ্রহ প্রক্রিয়ার যে কোনও সময় আপনি আর্থিক সাহায্যের জন্য আবেদন করতে পারেন।
- আপনার আর্থিক সাহায্যের আবেদনে রায় না পাওয়া পর্যন্ত আপনার এই হাসপাতালকে কোনও পেমেন্ট করতে হবে না। যত দিন আপনার আবেদন বিচারাধীন থাকবে তত দিন হাসপাতাল সংগ্রহের জন্য অ্যাকাউন্ট অগ্রসর করতে পারে না।
- আপনাকে আর্থিক সাহায্য থেকে বঞ্চিত করা হলে, আপনার কাছে আপীল করার অধিকার থাকবে। আপনি হাসপাতালের কাছ থেকে যে নোটিস পাবেন তাতে সেটা কীভাবে করা যায় তার তথ্য থাকবে। আপনার আর্থিক সাহায্যের পরিমাণের বিরুদ্ধে আপীল করার অধিকার আপনার কাছে আছে। কীভাবে আপীল করা যায় তার তথ্য হাসপাতাল তাদের রায়ের চিঠিতে জানাবে।
- আপনার প্রথম বিলের পর কম পক্ষে 180 দিন না হওয়া পর্যন্ত হাসপাতাল সংগ্রহের এজেন্সির কাছে অপরিশোধিত বিল পাঠাতে পারে না।
- যেসব রোগী ফেডরল দারিদ্র্য স্তরের চেয়ে 400%-এর নিচে আছে তাদের কাছ থেকে অপরিশোধিত মেডিকাল বিল আদায় করার জন্য হাসপাতাল মামলা দায়ের করা সমেত আইনী পদক্ষেপ নিতে পারে না। এখানে দারিদ্র্য নির্দেশিকা পাওয়া যাবে: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines
- এই আবেদনে যে তথ্য জানানো হবে তা হাসপাতাল শুধু আপনার আর্থিক সহায়তার যোগ্যতা নির্ণয় করার জন্য ব্যবহার করবে এবং আইনত যতটা অনুমতি দেওয়া হয় সেইমত গোপন থাকবে।
- আপনার মেডিকাল বিলের অর্থ পরিশোধ করা বাকি থাকার কারণে হাসপাতাল আপনাকে মেডিকাল দৃষ্টিতে জরুরী পরিষেবা থেকে বঞ্চিত করতে পারে না।
- এই আবেদনের বিষয়ে আপনার সাহায্যের প্রয়োজন হলে, **অনুগ্রহ করে নর্থওয়েল হেল্থের ফাইন্যান্সিয়াল অ্যাসিস্টেন্স অফিস (Northwell Health's Financial Assistance Office) (800) 995-5727-এ যোগাযোগ করুন।**
- অনুগ্রহ করে উপরোক্ত ফোন নম্বরে, অনলাইনে https://www.northwell.edu/assistance এ, বা Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747-এ ডাকযোগে যোগাযোগ করে একজন প্রতিনিধির সাথে কথা বলে আপনার আবেদন জমা করুন।
- এই আবেদনে আপনার আরও সাহায্যের প্রয়োজন হলে বা রায়ের বিরুদ্ধে আপীল করায় সাহায্য নিতে হলে, আপনি কমিউনিটি হেল্থ অ্যাডভোকেটকে (Community Health Advocates) যোগাযোগ করতে পারেন: 888-614-5400.

যোগ্যতা

নিচে যে আয় স্তরের উল্লেখ করা হয়েছে তার চেয়ে বেশি স্তরে রোগীর পেমেন্টে ডিসকাউন্ট পাওয়ার যোগ্যতা স্থির করা এবং/বা পাবলিক হেল্থ ল (গণ স্বাস্থ্যের আইন)-এ যেসব রোগী ডিসকাউন্ট পাওয়ার যোগ্য তাদের পেমেন্টে আরও ডিসকাউন্ট দেওয়ার ক্ষমতা থেকে হাসপাতালকে আইনত বিরত করা যায় না। এছাড়া, আর্থিক সাহায্য নির্ণয় করার উদ্দেশ্যে অভিবাসনের স্থিতি যোগ্যতার শর্ত হওয়া উচিত না।

নিম্নোক্ত ব্যক্তিরা যোগ্য:

- যাদের আয় কম এবং স্বাস্থ্য বিমা নেই; বা
- কম বিমা নিরাপত্তা পাওয়া ব্যক্তি (গত বারো মাসে একজন ব্যক্তির যা মেডিকাল খরচ জমে উঠেছে সেটা তার সব সমেত মোট বার্ষিক আয়ের দশ শতাংশের বেশি); বা
- যারা নিজেদের স্বাস্থ্য বিমার সুবিধা সম্পূর্ণ ব্যবহার করে নিয়েছে এবং যারা সম্পূর্ণ দাম পরিশোধের অসামর্থ্য দেখাতে পারবে; বা
- হাসপাতালের বিবেচনামত, যারা নিজেদের কো-পে ও/বা কর্তনযোগ্য অর্থাৎ ডিডাক্টিবলের দাম দেওয়ার অসামর্থ্য দেখাতে পারবে তারা পেমেন্ট কম করার বা ডিসকাউন্টের অনুরোধ করতে পারে।

ফেডরল দারিদ্র্য স্তরের 400% পর্যন্ত ব্যক্তি আর্থিক সাহায্য পাওয়ার যোগ্য।

ন্যূনতম যোগ্যতা ও নির্দেশিকা
(MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

ফেডরল দারিদ্র্য স্তর (2025)			
সংসারের আকার	**200%**	**300%**	**400%**
1 জন	$ 31,300	$ 46,950	$ 62,600
2 জন	$ 42,300	$ 63,450	$ 84,600
3 জন	$ 53,300	$ 79,950	$ 106,600
4 জন	$ 64,300	$ 96,450	$ 128,600
5 জন	$ 75,300	$ 112,950	$ 150,600
6 জন	$ 86,300	$ 129,450	$ 172,600
7 জন	$ 97,300	$ 145,950	$ 194,600

প্রতি বছর আপডেট করা হয়: https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines

ডিসকাউন্টের ন্যূনতম দর

আপনি আর্থিক সাহায্যের যোগ্য বিবেচিত হলে, নিম্নোক্ত স্লাইডিং ফি স্কেলে আপনার আয় অনুসারে আপনার প্রদেয় দাম অর্থাৎ চার্জ কম করে দেওয়া হবে:

আয়ের স্তর	পেমেন্ট
200% FPL-এর চেয়ে নিচে	সব চার্জ মওকুফ করা
200% - 300% FPL	বিমা বিহীন রোগী: মেডিকেড (Medicaid) দ্বারা যে পরিষেবার দাম দেওয়ার কথা সেই পরিমাণের 10% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। কম বিমা সহ রোগী: এই প্রকারের রোগী দ্বারা বিমার খরচ ভাগ করে নেওয়া অনুসারে, যে পরিমাণ দিতে হত তার সর্বাধিক 10% পর্যন্ত।
301% - 400% FPL	বিমা বিহীন রোগী: মেডিকেড (Medicaid) দ্বারা যে পরিষেবার দাম দেওয়ার কথা সেই পরিমাণের 20% পর্যন্ত স্লাইডিং স্কেল। কম বিমা সহ রোগী: এই প্রকারের রোগী দ্বারা বিমার খরচ ভাগ করে নেওয়া অনুসারে, যে পরিমাণ দিতে হত তার সর্বাধিক 20% পর্যন্ত।

যোগ্য রোগীদের হাসপাতাল আরও বেশি ডিসকাউন্ট দিতে পারে ও/বা যেসব রোগীর আয় স্তর বেশি তাদের পেমেন্টে ডিসকাউন্ট দিতে পারে।

কিস্তি পরিকল্পনা

যেসব রোগী এক বারে কম করা দর পরিশোধে অক্ষম তাদের জন্য কিস্তিতে দাম পরিশোধের পরিকল্পনা আছে। এই মাসিক পেমেন্ট আপনার সব সমেত মাসিক আয়ের 5%-এর বেশি হতে পারবে না এবং অবশিষ্ট অপরিশোধিত ব্যালেন্সে ধার্য করা সুদের হার, যদি থাকে, 2%-এর বেশি হতে পারবে না।

সংসারের আয়ের প্রমাণের অনুরোধ
(REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

অনুগ্রহ করে রোগী, তার স্বামী বা স্ত্রী, এবং নির্ভরশীলদের (যেমন সন্তানদের) আয়ের তথ্য জানান। যেমন, সংসারের আয়ের হিসাবে যারা একই কর জমা করে (যে ব্যক্তি কর জমা করে, স্বামী বা স্ত্রী এবং কর প্রসঙ্গে নির্ভরশীল) তারা সবাই এক্ষেত্রে গণ্য হবে।

আপনার আয়ের প্রমাণ দিতে আপনি নিম্নোক্ত দলিলগুলি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি এই সব দলিল দিতে বাধ্য না। আপনার যদি কোনও আয় না থাকে তাহলেও সংসারের কোনও আয় না থাকার বিবৃতি অর্থাৎ স্টেটমেন্ট দিতে পারেন।

আপনি এনওয়াই স্টেট অফ হেল্থ মার্কেটপ্লেস থেকে যোগ্যতা নির্ণয়ের পৃষ্ঠাও জমা করে দিতে পারেন। এই দলিল (ডকুমেন্ট) আপনার কাছে থাকলে, আপনার নিম্নোক্ত আর কোনও আয়ের তথ্য হাসপাতালকে জানাতে হবে না।

যদি সংসার এইগুলি পায়:	প্রতি মাসে পরিমাণ:	আবেদক এইগুলি দিতে পারে:
বেতন (মজুরি)	$	অনুগ্রহ করে একটা পেচেক স্টাব, কোম্পানির লেটারহেডে নিয়োগকর্তার তারিখ ও স্বাক্ষর সমেত চিঠি, বা সবচেয়ে সম্প্রতি জমা করা আয় কর।
সোশাল সিকিউরিটি পেমেন্ট	$	ইউ.এস. সোশাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের পক্ষ থেকে চিঠি, বা অ্যাওয়ার্ড লেটার/সার্টিফিকেট, বা বার্ষিক বেনেফিট লেটারের কপি। আপনার সোশাল সিকিউরিটি বেনেফিট লেটারের কপির অনুরোধ করার জন্য 1-800-772-1213–এ ফোন করুন বা www.ssa.gov দেখুন।
আনএমপ্লয়মেন্ট কমপেনসেশন (বেকারত্ব ভাতা)	$	এনওয়াইএস ডিপার্টমেন্ট অফ লেবার (NYS Department of Labor)–এর পক্ষ থেকে অ্যাওয়ার্ড লেটার/সার্টিফিকেট, বা মাসিক বেনেফিট স্টেটমেন্টের কপি, বা এনওয়াইএস ডিপার্টমেন্ট অফ লেবারের পক্ষ থেকে চিঠি বা প্রিন্টআউট সহ ডায়রেক্ট পেমেন্ট কার্ডের কপি, বা এনওয়াইএস ডিপার্টমেন্ট অফ লেবারের ওয়েবসাইট (www.labor.state.ny.us) থেকে প্রাপকের অ্যাকাউন্ট তথ্যের প্রিন্টআউট।
প্রতিবন্ধকতার পেমেন্ট	$	সোশাল সিকিউরিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের পক্ষ থেকে অ্যাওয়ার্ড লেটার/সার্টিফিকেটের কপি বা চিঠি, বা বার্ষিক বেনেফিট লেটারের কপি। আপনার বেনেফিট লেটারের কপির অনুরোধ করার জন্য 1-800-772-1213 এ ফোন করুন বা www.ssa.gov দেখুন।
শ্রমিকের পারিশ্রমিক	$	অ্যাওয়ার্ড লেটার বা চেক স্টাবের কপি।
ভরণপোষণ/চাইল্ড সাপোর্ট	$	কোর্টের আদেশের কপি, বা 3 মাসে ক্যাশ করা চেক/রসিদ।
লাভের অংশ/সুদ	$	ত্রৈমাসিক লাভের অংশের বিবৃতি বা 1 মাসের বিবৃতি।
অন্য	$	বেতন ছাড়া অন্য আয়ের পরিমাণের উল্লেখ সহ চিঠি (যদি থাকে), যেমন বাড়ি ভাড়া থেকে আয়, বিবিধ কাজ করে নগদ ইত্যাদি।
কোনও আয় নেই	$0	কোনও আয় না থাকার স্বাক্ষর সমেত বিবৃতি।

NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

FILE W/ TRANSLATED FORM

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 primary[1] 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.

Northwell Health®

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

FILE W/TRANSLATED FORM

Northwell Health

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.

FILE W/TRANSLATED FORM

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%.

FILE W/TRANSLATED FORM

Northwell Health®

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.

FILE W/TRANSLATED FORM