

## درخواست کمک مالی یکسان بیمارستان NYS (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

اگر بیمه نیستید، اگر بیمه شما تمام شده است، یا اگر بیمه درمانی دارید اما مدرکی دال بر پرداخت هزینه‌های پزشکی که مجموعاً بیش از 10% درآمدتان است را در اختیار دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت کمک مالی بیمارستان برای پرداخت صورتحساب‌های خود باشید. با تکمیل این فرم درخواست شما برای دریافت کمک مالی بیمارستان آغاز می‌شود. تمام بیمارستان‌های ایالت نیویورک از این فرم استفاده می‌کنند.

این فرم درخواست باید به زبان‌های اصلی<sup>1</sup> بیمارانی که در بیمارستان خدمات دریافت می‌کنند، چاپ شود.

### نام بیمار (اطلاعات مربوطه را تکمیل کنید)

نام بیمار (نام کوچک، نام میانی، نام خانوادگی)		
تاریخ تولد (سال/روز/ماه)		
آپارتمان/واحد		آدرس
کد پستی	ایالت	شهر
رقم هاتف الاتصال		
نام والدین/سرپرست یا نماینده قانونی (اگر بیمار یک کودک زیر سن قانونی یا یک فرد بزرگسال ناتوان است)		
آدرس ایمیل (در صورت وجود)		

### اطلاعات خانواده:

لطفاً همه اعضای خانواده خود را در زیر فهرست کنید. خانواده شما شامل شما، همسر یا همخانه شما، و فرزندان یا سایر بستگان می‌شود. برای مثال، این شامل همه افرادی است که نام آنها در یک اظهارنامه مالیاتی ذکر شده است.

درآمد ناخالص عبارتست از درآمد شما قبل از کسر مالیات.

درآمد ناخالص می‌تواند شامل درآمدهای کاری (دستمزد، حقوق، انعام، درآمد حاصل از خوداشتغالی)، درآمد کسب نشده (مزایای تامین اجتماعی، از کارافتادگی، و بیکاری)، کمک‌های مالی (وجوه از طرف خانواده یا دوستان)، و سایر منابع درآمد (کمک موقت و درآمد تضمینی تکمیلی) باشد.

<sup>1</sup> «زبان‌های اصلی» عبارتست از هر زبانی که از آن برای برقراری ارتباط حداقل در 5% از مراجعات بیماران در سال استفاده می‌شود، یا هر زبانی که بیش از 1% از جمعیت بخش خدمات بیمارستانی اولیه به آن زبان صحبت می‌کنند، که با استفاده از اطلاعات جمعیت‌شناختی موجود در اداره سرشماری ایالات متحده آمریکا محاسبه می‌شود، و با داده‌های به دست آمده از نظام آموزشی تکمیل می‌گردد.

## درخواست کمک مالی یکسان بیمارستان NYS

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

نام و نام خانوادگی	نسبت	کل درآمد ناخالص (فعلی)
	خودم	

بیمارستان ممکن است از شما درخواست کند که اسنادی را به عنوان مدرک اثبات درآمد ارائه دهید؛ نمونه‌هایی از اسناد می‌تواند شامل فیش حقوق، نامه‌ای از کارفرمای شما در صورت وجود، یا فرم 1040 باشد.

### وضعیت بیمه درمانی

آیا نوعی بیمه درمانی، از جمله Medicare، Medicaid، یا بیمه خصوصی دارید که از طریق کارفرمای شما یا خودتان خریداری شده است؟

☐ بله ☐ خیر

☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ شما «خیر» است، آیا برای درخواست هر یک از این برنامه‌ها به کمک نیاز دارید؟

### بیماران تحت پوشش بیمه: افراد دارای بیمه و هزینه‌های بالای پزشکی.

اگر بیمه دارید، لطفاً برآورد صورتحساب‌های پزشکی را که در 12 ماه گذشته پرداخت کرده‌اید، ارائه دهید.

\$

بیمارستان ممکن است از شما درخواست کند که اسنادی را به عنوان مدرک اثبات هزینه‌های پزشکی پرداخت شده ارائه دهید.

**بیمار/طرف مسئول:** اگر شما بیمار نیستید، نام شخصی که فرم را امضا می‌کند و اختیارات او برای امضا از جانب بیمار (برای مثال، همسر، والدین، نماینده قانونی) را فهرست کنید.

من می‌دانم اطلاعاتی که ارائه می‌دهم ممکن است مشمول تأیید منابع خارجی قرار گیرد. من گواهی می‌دهم که تا جاییکه می‌دانم این اطلاعات درست و کامل است.

نام با حروف بزرگ (Print Name)	زمان (Time)	تاریخ (Date)	بیمار/نماینده/خویشاوند/سرپرست (امضا) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))
----------------------------------	----------------	-----------------	---

نسبت اگر فردی به غیر از بیمار است  
(Relationship if other than patient)

## حداقل شرایط لازم و رهنمودها (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

### جدول زمانی درخواست، حقوق بیمار، و محرمانگی

- شما در هر مرحله از مراحل مطالبه وجه می‌توانید درخواست کمک مالی کنید.
- لاتا وقتی تصمیمی درباره درخواست کمک مالی خود دریافت نکنید، نیازی به پرداخت هیچ گونه مبلغی به این بیمارستان ندارید. تا زمانی که درخواست شما در حال بررسی است، بیمارستان نمی‌تواند نسبت به مطالبه حساب‌ها اقدام کند.
- اگر درخواست کمک مالی شما رد شود، حق درخواست تجدید نظر دارید. اطلاعات مربوط به نحوه انجام این کار در اطلاعیه بیمارستان که آن را دریافت می‌کنید، قید خواهد شد. ممکن است حق درخواست تجدید نظر درباره مبلغ کمک مالی خود را داشته باشید. بیمارستان در نامه تصمیم خود اطلاعاتی را درباره نحوه درخواست تجدیدنظر می‌گنجاند.
- بیمارستان‌ها به مدت حداقل 180 روز پس از اولین صورتحساب شما نمی‌توانند صورتحساب‌های پرداخت نشده را برای سازمان وصول مطالبات ارسال کنند.
- بیمارستان‌ها از انجام اقدامات قانونی، از جمله طرح دعوی قضایی، جهت بازستاندن مبلغ صورتحساب‌های پزشکی پرداخت نشده برای بیماران زیر 400% از سطح فقر فدرال منع شده‌اند. رهنمودهای فقر را می‌توانید در اینجا بیابید: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- بیمارستان از هر گونه اطلاعات ارائه شده در این درخواست فقط برای تعیین صلاحیت شما جهت دریافت کمک مالی استفاده خواهد کرد و این اطلاعات تا جایکه قانون مجاز بداند، محرمانه باقی خواهد ماند.
- یک بیمارستان نمی‌تواند ارائه خدمات ضروری پزشکی به شما را به خاطر اینکه شما صورتحساب پزشکی معوقه دارید، رد کند.
- اگر درباره این درخواست به کمک نیاز دارید، لطفاً با دفتر کمک مالی Northwell Health به شماره 995-5727 (800) تماس بگیرید.
- لطفاً از طریق صحبت با یک نماینده به شماره تلفن فوق، به صورت آنلاین در <https://www.northwell.edu/assistance>، یا از طریق پست به آدرس Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747 درخواست خود را ارائه دهید.
- اگر در خصوص این درخواست یا کمک به درخواست تجدیدنظر در یک تصمیم نیاز به کمک بیشتری دارید، می‌توانید با Community Health Advocates تماس بگیرید: 888-614-5400.

### واجد شرایط بودن

- لاهیچ چیز توانایی بیمارستان را برای تعیین واجد شرایط بودن بیمار جهت دریافت تخفیفات پرداختی در سطوح درآمدی بالاتر از آنچه در زیر مشخص شده است و/یا ارائه تخفیفات پرداختی بیشتر برای بیماران واجد شرایط نسبت به مواردی که قانون بهداشت عمومی ملزم می‌داند، محدود نمی‌کند. علاوه بر این، وضعیت مهاجرت نباید معیار واجد شرایط بودن برای تعیین کمک مالی باشد.
- افراد زیر واجد شرایط هستند:
- افراد کم درآمد بدون بیمه درمانی؛ یا
  - افراد تحت پوشش بیمه (هزینه‌های پزشکی آزاد (از جیب) انباشته شده در دوازده ماه گذشته که بیش از ده درصد از درآمد ناخالص سالانه این افراد را تشکیل می‌دهد)؛ یا
  - کسانی که مزایای بیمه درمانی خود را تمام کرده‌اند، و می‌توانند ناتوانی در پرداخت کل هزینه‌ها را اثبات کنند؛ یا
  - بنا به صلاحدید بیمارستان، افرادی که می‌توانند ناتوانی در پرداخت هزینه مشترک و/یا فرانشیز خود را اثبات کنند، می‌توانند برای کاهش مبلغ پرداختی یا تخفیف درخواست کنند.
- افراد تا 400% از سطح فقر فدرال واجد شرایط دریافت کمک مالی هستند.

## حداقل شرایط لازم و رهنمودها (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

سطوح فقر فدرال (2025)			
تعداد خانوار	200%	300%	400%
1 نفر	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 نفر	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 نفر	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 نفر	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 نفر	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 نفر	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 نفر	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

به روزرسانی سالانه: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### حداقل نرخ تخفیف

اگر واجد شرایط دریافت کمک مالی هستید، هزینه‌های شما با توجه به درآمدها در مقیاس هزینه متغیر به شرح زیر کاهش می‌یابد:

سطح درآمد	پرداخت
کمتر از 200% FPL (سطح فقر فدرال)	معافیت از تمام هزینه‌ها
200% - 300% FPL	بیماران بیمه نشده: مقیاس متغیر تا 10% از مبلغی که برای خدمات ارائه شده توسط Medicaid پرداخت می‌شود. بیماران تحت پوشش بیمه: حداکثر تا 10% از مبلغی که به موجب این تقسیم هزینه بیمه بیمار پرداخت می‌شود.
301%-400% FPL	بیماران بیمه نشده: مقیاس متغیر تا 20% از مبلغی که برای خدمات ارائه شده توسط Medicaid پرداخت می‌شود. بیماران تحت پوشش بیمه: حداکثر تا 20% از مبلغی که به موجب این تقسیم هزینه بیمه بیمار پرداخت می‌شود.

بجای آن است بیمارستان‌ها تخفیفات بیشتری برای بیماران واجد شرایط ارائه دهند و/یا تخفیفات پرداختی را در اختیار بیماران در سطوح درآمدی بالاتر قرار دهند.

### طرح‌های اقساطی

برای بیمارانی که قادر به پرداخت نرخ کاهش یافته به طور یکجا نیستند، در طرح‌های اقساطی دسترس است. پرداخت‌های ماهانه نمی‌تواند از 5% درآمد ناخالص ماهانه شما تجاوز کند و نرخ سودی که در ازای موجودی پرداخت نشده از بیمار دریافت می‌شود، در صورت وجود، نباید از 2% تجاوز کند.

## درخواست مدرک اثبات درآمد خانوار (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

لطفاً اطلاعات درآمد بیمار، همسر و هر یک از بستگان او (از قبیل فرزندان) را قید کنید. برای مثال، این شامل همه افراد نامبرده در یک اظهارنامه مالیاتی (مودی مالیاتی، همسر، و افراد تحت تکفل مالیاتی) در محاسبه درآمد خانوار می‌شود.

در زیر فهرستی از اسنادی که می‌توانید برای اثبات درآمد خود از آنها استفاده کنید، آمده است. لازم نیست همه این مدارک را ارائه دهید. همچنین اگر هیچ درآمدی ندارید، می‌توانید اظهارنامه عدم درآمد خانوار ارائه دهید.

همچنین می‌توانید صفحه تعیین واجد شرایط بودن را از NY State of Health Marketplace (بازار سلامت ایالت نیویورک) ارائه کنید. اگر این مدرک را دارید، لازم نیست اطلاعات درآمد دیگری که در زیر ذکر شده است را به بیمارستان ارائه دهید.

اگر خانوار موارد زیر را دریافت می‌کند:	مبلغ در ماه:	متقاضی می‌تواند موارد زیر را ارائه دهد:
دستمزد	\$	لطفاً یک فیش حقوق یا نامه کارفرما با سربرگ شرکت، دارای تاریخ و امضا، یا آخرین اظهارنامه مالیات بر درآمد ارسال شده را ارائه دهید.
پرداخت تامین اجتماعی	\$	نسخه از نامه واگذاری/گواهی، یا مکاتبه با اداره تامین اجتماعی ایالات متحده آمریکا، یا نامه مزایای سالانه. برای درخواست یک نسخه از نامه مزایای تامین اجتماعی خود، با شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید یا به <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> مراجعه کنید.
غرامت بیکاری	\$	یک نسخه از نامه واگذاری/گواهی، یا صورتحساب مزایای ماهانه از اداره کار NYS، یا نسخه کارت پرداخت مستقیم همراه با نسخه چاپی، یا مکاتبه با اداره کار NYS، یا نسخه چاپی اطلاعات حساب گیرنده از وبسایت اداره کار NYS ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
پرداخت از کارافتادگی	\$	یک نسخه از نامه واگذاری/گواهی، یا مکاتبه با اداره تامین اجتماعی، یا یک نسخه از نامه مزایای سالانه. برای درخواست یک نسخه از نامه مزایای خود، با شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید یا به <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> مراجعه کنید.
غرامت کارگران	\$	یک نسخه از نامه واگذاری یا فیش حقوق.
نفقة/نفقه فرزند	\$	یک نسخه از حکم دادگاه، یا چک نقد شده/رسید 3 ماه.
سود سهام / بهره	\$	صورتحساب سود سه ماهه یا صورتحساب‌های 1 ماهه.
سایر موارد	\$	نامه‌ای که مبلغ درآمدهای غیر دستمزدی (در صورت وجود)، مانند درآمد اجاره، پول نقد برای مشاغل متفرقه و غیره را نشان می‌دهد.
بدون درآمد	\$0	اظهارنامه عدم درآمد دارای امضا.

## 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<sup>1</sup> 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).

<sup>1</sup> "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 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
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 ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
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 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
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.