

בקשת סיוע פיננסי אחידה לבית חולים בעיר ניו יורק (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

בדייטכן שאתה זכאי לסיוע כספי בבית החולים כדי לשלם את החשבונית שלך אם אינך מבוטח, אם הביטוח שלך הסתיים, או אם יש לך ביטוח בריאות אך יש בידך הוכחה להוצאות רפואיות ששולמו בסכום כולל של יותר מ-10% מההכנסה שלך. מילוי טופס זה יתחיל את בקשתך לסיוע כספי בבית החולים. טופס זה משמש את כל בתי החולים במדינת ניו יורק.

יישום זה חייב להיות מודפס בשפות ¹ העיקריות המדוברות על ידי מטופלים המשורתיים על ידי בית החולים.

שם המטופל (מידע מלא רלוונטי)

שם החולה (ראשון, אמצעי, אחרון)	
תאריך לידה	
כתובת	דירה/יחידה מס'
עיר	מדינה
מספר טלפון ליצירת קשר	מיקוד
שם הורה/אפוטרופוס או נציג חוקי (אם המטופל הוא ילד קטין או מבוגר חסר יכולת)	
כתובת אימייל (אם יש)	

מידע בסיסי:

אנא רשום למטה את כל בני המשפחה במשק הבית שלך. משק הבית שלך כולל את עצמך, בן/בת זוגך או בן/בת זוגך, וכל ילד או תלוי אחר. לדוגמה, זה יכלול את כל מי שרשום באותו החזר מס.

הכנסה ברוטו פירושה ההכנסה שלך לפני ניכוי מסים.

הכנסה ברוטו יכולה להיות מורכבת משכר עבודה (שכר, משכורות, טיפים, השתכרות מעבודה עצמאית), הכנסה שלא הרווחת (ביטוח לאומי, נכות ודמי אבטלה), הפרשות (כספים ממשפחה או חברים), ומקורות הכנסה אחרים (סיוע זמני והכנסת ביטוח משלימה).

¹ "שפות ראשוניות" כולל כל שפה המשמשת לתקשורת לפחות ב-5% מביקורי המטופלים בשנה, או כל שפה המדוברת על ידי יותר מ-1% מאוכלוסיית אזור השירותים העיקריים בבתי החולים, כפי שחושבה באמצעות מידע דמוגרפי זמין מהלשכה האמריקאית למפקד האוכלוסין, בתוספת נתונים ממערכות בתי הספר.

בקשת סיוע פיננסי אחידה לבית חולים בעיר ניו יורק
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

שם מלא	מערכת יחסים	סך ההכנסה ברוטו (שוטף)
	עצמי	

בית החולים עשוי לבקש ממך להגיש תיעוד כהוכחה להכנסה; דוגמאות לתיעוד עשויות לכלול תלוש שכר, מכתב מהמעסיק שלך אם רלוונטי, או טופס 1040.

מצב ביטוח בריאות

האם יש לך ביטוח בריאות כלשהו, כולל Medicare, Medicaid, או ביטוח פרטי דרך המעסיק שלך או שנרכש בעצמך? כן לא

אם ענית "לא", האם תרצה סיוע בהגשת מועמדות לאחת מהתוכניות הללו? כן לא

חולים לא מבוטחים: אנשים עם ביטוח והוצאות רפואיות גבוהות.

אם יש לך ביטוח, אנא ספק אומדן של החשבונות הרפואיים ששילמת ב-12 החודשים האחרונים.

\$

בית החולים עשוי לבקש ממך להגיש תיעוד כהוכחה להוצאות רפואיות ששולמו.

מטופל/גורם אחראי: אם לא המטופל, רשום את שמו של החותם על הטופס וסמכותו לחתום בשם המטופל (למשל, בן זוג, הורה, נציג משפטי).

אני מבין שהמידע שאני מוסר עשוי להיות כפוף לאימות ממקורות חיצוניים. אני מאשר שהמידע נכון ומלא למיטב ידיעתי.

	שם באותיות דפוס (Print Name)	שעה (Time)	תאריך (Date)	מטופל/נציג/קרוב משפחה/אפוטרופוס (חתימה) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))
--	---------------------------------	---------------	-----------------	--

קרבת משפחה במקרה שהחותם אינו המטופל/ת
(Relationship if other than patient)

זכאות והנחיות מינימליות (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

ציר זמן ליישום, זכויות החולה וסודיות

- ניתן להגיש בקשה לסיוע כספי בכל שלב בתהליך הגבייה.
- אינך חייב לשלם כל תשלום לבית חולים זה עד שתקבל החלטה על בקשתך לסיוע כספי. בתי חולים עשויים שלא להעביר חשבונות לאיסוף בזמן שהבקשה שלך ממתנה.
- אם נשלל ממך סיוע כספי, יש לך זכות לערער. מידע כיצד לעשות זאת ייכלל בהודעת בית החולים שתקבל. ייתכן שתהיה לך הזכות לערער על סכום הסיוע הכספי שלך. בית החולים יכלול מידע על אופן הערעור במכתב ההחלטה שלו.
- בתי חולים לא יכולים לשלוח חשבונות שלא שולמו לסוכנות גבייה לפחות 180 יום לאחר החיוב הראשון שלך.
- על בתי חולים נאסר לנקוט בצעדים משפטיים, לרבות הגשת תביעות משפטיות, כדי להחזיר חשבונות רפואיים שלא שולמו עבור חולים מתחת ל-400% מרמת העוני הפדרלית. ניתן למצוא הנחיות עוני כאן:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- כל מידע שסופק באפליקציה זו יישמש רק את בית החולים לקביעת זכאותך לסיוע כספי וישאר חסוי ככל שהחוק מותר.
- בית חולים לא יכול למנוע ממך שירותים הכרחיים מבחינה רפואית, כי יש לך חשבון רפואי שלא נפרע.
- אם אתה זקוק לסיוע ביישום זה, **אנא צור קשר עם משרד הסיוע הפיננסי של Northwell Health בטלפון 995-5727 (800)**.
- אנא שלח את בקשתך על ידי שיחה עם נציג במספר הטלפון הנ"ל, מקוון בכתובת <https://www.northwell.edu/assistance>, או בדואר – Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- אם אתה זקוק לסיוע נוסף עם הבקשה הזו או לעזרה בערעור על החלטה, תוכל לפנות לעורכי בריאות הקהילה 888-614-5400.

זכאות

- דבר אינו מגביל את יכולתו של בית חולים לקבוע זכאות למטופלים להנחות תשלום ברמות הכנסה גבוהות מאלה המפורטות להלן ו/או להעניק הנחות תשלום גדולות יותר למטופלים זכאים מאלה הנדרשות בחוק בריאות הציבור. בנוסף, סטטוס הגירה לא יהווה קריטריון לזכאות לצורך קביעת סיוע כספי.
- האנשים הבאים זכאים:
- אנשים בעלי הכנסה נמוכה ללא ביטוח בריאות; או
 - אנשים מבוטחים (עלויות רפואיות מחוץ לכיס שנצברו ב-12 החודשים האחרונים שמגיעות ליותר מעשרה אחוזים מההכנסה השנתית ברוטו של זה); או
 - מי שמיצו את תגמולי ביטוח הבריאות שלהם, ואשר יכולים להוכיח חוסר יכולת לשלם את מלוא החיובים; או
 - לפי שיקול דעתו של בית החולים, אנשים שיכולים להוכיח חוסר יכולת לשלם את ההשתתפות העצמית ו/או ההשתתפות העצמית שלהם יכולים לבקש תשלום מופחת או מוזל.
- אנשים עד 400% מרמת העוני הפדרלית זכאים לסיוע כספי.

זכאות והנחיות מינימליות (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

רמות העוני הפדרליות (2025)			
400%	300%	200%	גודל משק בית
\$ 62,600	\$ 46,950	\$ 31,300	1 אדם
\$ 84,600	\$ 63,450	\$ 42,300	2 אנשים
\$ 106,600	\$ 79,950	\$ 53,300	3 אנשים
\$ 128,600	\$ 96,450	\$ 64,300	4 אנשים
\$ 150,600	\$ 112,950	\$ 75,300	5 אנשים
\$ 172,600	\$ 129,450	\$ 86,300	6 אנשים
\$ 194,600	\$ 145,950	\$ 97,300	7 אנשים

מתעדכן מדי שנה: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

שיעורי הנחה מינימליים

אם אתה זכאי לסייע פיננסי, החיובים שלך יופחתו בהתאם להכנסה שלך בסולם עמלות גולש כדלקמן:

תשלום	רמת הכנסה
ויתור כל כלל החיובים	מתחת ל-200% FPL (רמת העוני הפדרלית)
חולים לא מבוטחים: סולם מדורג של עד 10% מהסכום שהיה משולם עבור השירותים) על ידי Medicaid. מטופלים עם ביטוח חסר. עד 10% לכל היותר מהסכום שהיה משולם על פי חלוקת עלויות הביטוח של החולה.	200%-300%
חולים לא מבוטחים: סולם מדורג של עד 20% מהסכום שהיה משולם עבור השירותים) על ידי Medicaid. מטופלים עם ביטוח חסר. עד 20% לכל היותר מהסכום שהיה משולם על פי חלוקת עלויות הביטוח של החולה כאמור.	301%-400%

בתי חולים עשויים לבחור להעניק הנחות גדולות יותר לחולים זכאים ו/או להציע הנחות בתשלום לחולים ברמות הכנסה גבוהות יותר.

תכניות תשלומים

תוכניות תשלומים זמינות למטופלים שאינם מסוגלים לשלם את התעריף המופחת בבת אחת. התשלומים החדשיים אינם יכולים לעלות על 5% מההכנסה החדשית ברוטו ושיעור הריבית שייגבה מהמטופל על היתרה שטרם שולמה, אם בכלל, לא יעלה על 2%.

בקשה להוכחת הכנסת משק בית (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

נא לכלול את פרטי ההכנסה של החולה, בן/בת זוג וכל התלויים (כגון ילדים). לדוגמה, זה יכלול את כל מי שנמצא באותו החזר מס (מגיש מס, בן זוג ותלויי מס) בחישוב הכנסת משק הבית.

להלן רשימה של מסמכים שבהם אתה יכול להשתמש כדי להוכיח את ההכנסה שלך. אינך חייב לספק את כל המסמכים הללו. אתה יכול גם לספק הצהרה על חוסר הכנסה למשק בית אם אין לך הכנסה.

אתה יכול גם לספק את דף קביעת הזכאות מ-NY State of Health Marketplace. אם יש לך מסמך זה, אינך חייב לספק מידע הכנסה אחר המפורט להלן לבית החולים.

אם משק הבית מקבל:	סכום חודשי:	המבקש עשוי לספק:
משכורת	\$	נא לספק תלוש משכורת אחד, או מכתב מהמעסיק, על נייר מכתבים של החברה, חתום ומתוארך, או החזר מס הכנסה שהוגש לאחרונה.
תשלום ביטוח לאומי	\$	מכתב/תעודת מענק, או התכתבות ממנהל הביטוח הלאומי של ארה"ב, או מכתב ההטבות השנתי. כדי לבקש עותק של מכתב ההטבות שלך בביטוח הלאומי, התקשר למספר 1-800-772-1213 או בקר בכתובת www.ssa.gov .
דמי אבטלה	\$	עותק של מכתב/תעודת ההטבות של ההטבות, או הצהרת הטבות חודשית ממחלקת העבודה של NYS, או עותק של כרטיס תשלום ישיר עם תדפיס, או התכתבות ממחלקת העבודה של NYS, או תדפיס של פרטי החשבון של הנמען מאתר האינטרנט של NYS Department of Labor (www.labor.state.ny.us).
תשלום נכות	\$	העתק של מכתב ההטבות שלך, או תכתובת מהמוסד לביטוח לאומי, או עותק של מכתב הטבה שנתי. כדי לבקש עותק של מכתב ההטבות שלך, התקשר למספר 1-800-772-1213 או בקר בכתובת www.ssa.gov .
תגמול עובדים	\$	עותק של מכתב ההטבות שלך או בדל המחאה.
מזונות לאישה/מזונות ילדים	\$	העתק של צו בית משפט, או 3 חודשים של צ'קים/קבלות שנפדו.
דיבידנדים/ריבית	\$	הצהרות דיבידנד רבעוניות או דוחות של חודש.
אחר	\$	מכתב המציין את גובה הרווחים שאינם משכר (אם יש), כגון הכנסה משכירות, מזומן לעבודות מזדמנות וכו'.
אין הכנסה	\$0	הצהרת חוסר הכנסה חתומה.

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.