

## RICHIESTA DI ASSISTENZA FINANZIARIA UNIFICATA PER GLI OSPEDALI DELLO STATO DI NEW YORK (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Se lei non ha un'assicurazione, se ha esaurito le coperture previste dalla sua assicurazione o se ha un'assicurazione sanitaria ma è in possesso di attestazioni di spese mediche pagate per un totale superiore al 10% del suo reddito, potrebbe avere diritto all'assistenza finanziaria ospedaliera per pagare le sue fatture. Compilando questo modulo avvierà una richiesta di assistenza finanziaria ospedaliera. Questo modulo è utilizzato da tutti gli ospedali dello Stato di New York.

*Questa domanda deve essere stampata nelle lingue principali<sup>1</sup> parlate dai pazienti serviti dall'ospedale.*

### Nome del paziente (compilare tutti i campi pertinenti)

Nome del paziente (nome, secondo nome, cognome)		
Data di nascita (mm/gg/aaaa)		
Indirizzo		Appartamento/N. Unità
Città	Stato	CAP
Numero di telefono di contatto		
Nome del genitore/tutore o rappresentante legale (se il paziente è un minore o un adulto incapace)		
Indirizzo e-mail (se disponibile)		

### Informazioni sulla famiglia:

Elenchi di seguito tutti i membri del suo nucleo familiare. Il nucleo familiare comprende lei, il suo coniuge o convivente e tutti i figli o altre persone a carico. Ad esempio, sono inclusi tutti coloro che figurano nella stessa dichiarazione dei redditi.

Per reddito lordo si intende il suo reddito **al lordo** delle imposte.

Il reddito lordo può derivare da entrate dovute ad attività lavorative (stipendi, mance, guadagni da lavoro autonomo), entrate non dovute ad attività lavorative (previdenza sociale, invalidità e sussidi di disoccupazione), contributi (fondi da familiari o amici) e altre fonti di reddito (forme previdenziali come Temporary Assistance e Supplemental Security Income).

<sup>1</sup> Per "lingue principali" si intende qualsiasi lingua utilizzata per comunicare in almeno il 5% delle visite ai pazienti ogni anno, o qualsiasi lingua parlata da più dell'1% della popolazione del bacino principale servito dall'ospedale, calcolato utilizzando le informazioni demografiche rese disponibili dallo United States Bureau of the Census, integrate con i dati provenienti dai sistemi scolastici.

**RICHIESTA DI ASSISTENZA FINANZIARIA UNIFICATA PER GLI OSPEDALI  
 DELLO STATO DI NEW YORK**  
 (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Nome e cognome	Relazione con il paziente	Reddito lordo totale (corrente)
	Persona dichiarante	

L'ospedale potrebbe richiedere la presentazione di documentazione che attesti il reddito; esempi di documentazione potrebbero includere una busta paga, una lettera del datore di lavoro, se pertinente, o il modulo 1040.

**Stato dell'assicurazione sanitaria**

Dispone di una forma di assicurazione sanitaria, inclusi Medicaid, Medicare o assicurazione privata fornita dal suo datore di lavoro o acquistata autonomamente?  Sì  No

Se la risposta alla domanda precedente è "No", desidera assistenza per richiedere uno di questi programmi?  Sì  No

**Pazienti con assicurazione non sufficiente: persone con assicurazione e spese mediche elevate.**

Se è in possesso di un'assicurazione, fornisca una stima delle spese mediche pagate negli ultimi 12 mesi.

\$

L'ospedale potrebbe richiedere la presentazione di documentazione che attestino le spese mediche pagate.

**Paziente/Parte responsabile: se chi firma questo modulo non è il paziente, indicare il nome della persona che firma il modulo e specificare a quale titolo è autorizzato a firmare per conto del paziente (ad es. coniuge, genitore, rappresentante legale).**

Sono consapevole che le informazioni da me fornite potrebbero essere soggette a verifica da parte di fonti esterne. Certifico che le informazioni sono veritiere e complete per quanto mi è dato sapere.

Paziente/Agente/Parente/Tutore (Firma) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	Data (Date)	Ora (Time)	Nome in stampatello (Print Name)

Relazione, se diverso dal paziente  
(Relationship if other than patient)

## REQUISITI MINIMI E LINEE GUIDA (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

### Tempistica della richiesta, diritti del paziente e riservatezza

- Può richiedere l'assistenza finanziaria in qualsiasi momento durante il processo di riscossione.
- Non è tenuto a effettuare alcun pagamento a questo ospedale fino a quando non riceve una risposta con la decisione sulla richiesta di assistenza finanziaria. Gli ospedali non possono avviare procedure di recupero crediti nei suoi confronti finché la sua richiesta è in attesa di approvazione.
- Qualora la sua richiesta di assistenza finanziaria venga respinta, ha il diritto di presentare ricorso. Le informazioni su come presentare tale ricorso saranno incluse nella comunicazione che riceverà dall'ospedale. Potrebbe inoltre avere diritto a presentare ricorso contro l'importo concesso a seguito della sua richiesta di assistenza finanziaria. L'ospedale includerà informazioni su come presentare ricorso nella lettera di decisione.
- Gli ospedali non potranno richiedere a un'agenzia di recupero crediti l'avvio di una procedura relativa a fatture non pagate prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data della prima fattura.
- Agli ospedali non è consentito avviare azioni legali, compresa la presentazione di cause legali, per recuperare i crediti dovuti a fatture mediche non pagate da pazienti con reddito inferiore al 400% del valore indicato dal Federal Poverty Level. Tale valore è riportato nelle linee guida sulla povertà disponibili all'indirizzo: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Qualsiasi informazione fornita in questa domanda sarà utilizzata dall'ospedale solo per determinare la sua idoneità all'assistenza finanziaria e rimarrà riservata nella misura consentita dalla legge.
- Un ospedale non può rifiutare di erogare i servizi medici a lei necessari a causa di una fattura medica in sospeso.
- Per ricevere assistenza nella compilazione di questa domanda, **contatti il Financial Assistance Office di Northwell Health al numero (800) 995-5727.**
- Può inviare la richiesta tramite telefono parlando con un rappresentante al numero di telefono sopra indicato, oppure online all'indirizzo <https://www.northwell.edu/assistance>, oppure tramite posta all'indirizzo Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- Se ha bisogno di ulteriore assistenza con questa richiesta o di aiuto per presentare ricorso contro una decisione, può contattare l'ufficio dei Community Health Advocates al numero: 888-614-5400.

### Idoneità

Non esiste alcuna limitazione alla capacità di un ospedale di stabilire l'idoneità del paziente a sconti sui pagamenti a persone con livelli di reddito superiori a quelli specificati di seguito e/o di concedere ai pazienti idonei sconti sui pagamenti maggiori rispetto a quelli imposti dalle leggi sulla sanità pubblica. Inoltre, lo status di immigrazione non può essere considerato quale criterio di idoneità ai fini della determinazione dell'assistenza finanziaria.

Sono idonee le seguenti persone:

- Persone a basso reddito prive di assicurazione sanitaria
- Persone con assicurazione sanitaria insufficiente (cioè con spese mediche vive accumulate negli ultimi dodici mesi superiori al 10% del reddito annuo lordo della persona)
- Persone che hanno esaurito le coperture previste dalla loro assicurazione sanitaria e che sono in grado di dimostrare la loro impossibilità di pagare l'intero importo
- A discrezione dell'ospedale, le persone in grado di dimostrare di non essere in grado di pagare la quota a carico del paziente (co-pay) e/o la franchigia possono richiedere un pagamento ridotto o scontato.

Le persone con un reddito inferiore al 400% del valore indicato dal Federal Poverty Level hanno diritto all'assistenza finanziaria.

## REQUISITI MINIMI E LINEE GUIDA (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Valori Federal Poverty Level (FPL) (2025)			
Componenti nucleo familiare	200%	300%	400%
1 persona	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 persone	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 persone	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 persone	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 persone	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 persone	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 persone	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

I valori vengono aggiornati ogni anno. Vedere: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### Tassi di sconto minimi

Se ha diritto all'assistenza finanziaria, le sue spese saranno ridotte in base al suo reddito secondo lo schema seguente:

Livello di reddito	Pagamento
Inferiore al 200% del FPL	Esenzione da tutti i costi
Tra il 200% e il 300% del FPL	<p>Pazienti non assicurati: tariffa scalare fino al 10% dell'importo che sarebbe stato pagato per i servizi da Medicaid.</p> <p>Pazienti con assicurazione sanitaria insufficiente: fino a un massimo del 10% dell'importo che sarebbe stato pagato in base alla partecipazione ai costi dell'assicurazione di tale paziente.</p>
Tra il 301% e il 400% del FPL	<p>Pazienti non assicurati: tariffa scalare fino al 20% dell'importo che sarebbe stato pagato per i servizi da Medicaid.</p> <p>Pazienti con assicurazione sanitaria insufficiente: fino a un massimo del 20% dell'importo che sarebbe stato pagato in base alla partecipazione ai costi dell'assicurazione di tale paziente.</p>

Gli ospedali possono scegliere di offrire sconti maggiori per i pazienti idonei e/o sconti sui pagamenti per i pazienti con livelli di reddito più elevati.

### Piani di rateizzazione

Per i pazienti che non sono in grado di pagare l'intera somma in un'unica soluzione sono disponibili, dei piani di rateizzazione. I pagamenti mensili non possono essere superiori al 5% del reddito mensile lordo e il tasso di interesse addebitato al paziente sul saldo non pagato, se presente, non può essere superiore al 2%.

## RICHIESTA DI ATTESTAZIONE DEL REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Si prega di includere le informazioni relative al reddito del paziente, del coniuge e di eventuali persone a carico (ad esempio i figli). A titolo esemplificativo, nel calcolo del reddito del nucleo familiare dovrebbero essere inclusi tutti coloro che figurano nella stessa dichiarazione dei redditi (dichiarante, coniuge e persone a carico).

Di seguito è riportato un elenco di documenti che è possibile utilizzare per attestare il suo reddito. Non è obbligatorio presentare tutti questi documenti. Se non ha alcun reddito, può anche presentare un'attestazione di assenza di reddito del nucleo familiare.

Può inoltre presentare la pagina di determinazione di idoneità rilasciata dal NY State of Health Marketplace. Se possiede questo documento, non è necessario presentare all'ospedale nessuna delle altre informazioni relative al reddito elencate di seguito.

<b>Se il nucleo familiare ha redditi provenienti da:</b>	<b>Importo mensile:</b>	<b>Il richiedente può presentare:</b>
Stipendio	\$	Una busta o una lettera del datore di lavoro su carta intestata, firmata e datata, o la dichiarazione dei redditi più recente.
Assegno della previdenza sociale	\$	Copia della lettera o del certificato di assegnazione, o della corrispondenza con l'U.S. Social Security Administration o della lettera annuale in cui viene attestata l'indennità. Può richiedere una copia della sua lettera di indennità di previdenza sociale, chiamando il numero 1-800-772-1213 o visitando il sito <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Indennità di disoccupazione	\$	Copia della lettera o del certificato di assegnazione o estratto conto mensile delle prestazioni del NYS Department of Labor, o copia della carta di pagamento diretto con stampa, o della corrispondenza con il NYS Department of Labor, o stampa delle informazioni sul conto del beneficiario ricavabili dal sito web del NYS Department of Labor ( <a href="http://www.labor.state.ny.gov">www.labor.state.ny.gov</a> ).
Assegno di invalidità	\$	Copia della lettera o del certificato di assegnazione o corrispondenza con la Social Security Administration, o copia della lettera annuale di indennità. Può richiedere una copia della sua lettera di indennità, chiamando il numero 1-800-772-1213 o visitando il sito <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Rendita per infortuni sul lavoro	\$	Copia della lettera di assegnazione o della matrice dell'assegno.
Assegno di mantenimento/Alimenti per i figli	\$	Copia dell'ordinanza del tribunale o degli assegni o ricevute incassati relativi a 3 mesi.
Dividendi/Interessi	\$	Estratto conto trimestrale dei dividendi o estratto conto mensile.
Altro	\$	Lettera che indichi l'importo dei redditi non derivanti da lavoro (se presenti), come reddito da locazione, redditi dovuti a lavori occasionali ecc.
Nessun reddito	\$ 0	Dichiarazione firmata di assenza di reddito.

## 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.