

ニューヨーク一律病院医療費助成申請書 (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

保険に未加入の方、保険を使い果たした方、健康保険に加入はしていても、医療費の合計が収入の10%以上であることを証明する書類がある方などは、病院の医療費助成を受給する資格があります。このフォームに記入することで、病院の医療費助成申請が開始されます。このフォームはニューヨーク州のすべての病院で使用されています。

本申請書は、病院がサービスを提供する患者が主に¹使用する言語で印刷しておかなければなりません。

患者名 (該当する情報をすべて記入してください)

患者名 (名、ミドルネーム、姓)		
生年月日 (月/日/年)		
住所	アパート/ユニット番号	
市町村	州	郵便番号
連絡先電話番号		
親/保護者または法定代理人の氏名 (患者が未成年者または能力のない成人の場合)		
メールアドレス (ある場合)		

家族情報:

ご世帯の家族全員を以下に記入してください。ご世帯には、ご自身、配偶者またはドメスティック パートナー、子供やその他の扶養家族が含まれます。例えば、同じ納税申告書に記載されている全員が含まれます。

総収入とは、税金が差し引かれる前の収入のことです。

総収入は、勤労収入 (賃金、給料、チップ、自営業からの収入)、不労所得 (社会保障、障害者手当、失業手当)、寄付金 (家族や友人からの資金)、その他の収入源 (一時的扶助や補足的保障収入) で構成されます。

¹ 「主要言語」には、年間の診察において少なくとも5%で意思疎通のために使用される言語、または、米国情勢調査局から入手可能な人口統計情報と学校制度からのデータを補足して算出した、主要病院サービス地域の人口の1%以上が使用する言語が含まれます。

ニューヨーク一律病院医療費助成申請書
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

氏名	続柄	総収入(現在)
	自身	

病院は所得を証明する書類の提出を求めることがあります。給与明細書、雇用主からの書簡(該当する場合)、フォーム1040などが考えられます。

健康保険の状況

メディケイド、メディケア、雇用先の民間保険、またはご自身で購入した保険など、何らかの健康保険に加入していますか？

はい いいえ

お答えが「いいえ」の場合、これらの保険プログラムへの加入申請に際してサポートが必要ですか？

はい いいえ

低額保険加入の患者: 保険には加入しているが、医療費が高額な方。

保険に加入している場合、過去12カ月間に支払った医療費の概算を記入してください。

\$

病院に支払った医療費を証明する書類を提出するよう求められることがあります。

患者/責任者: 患者本人でない場合は、フォームに署名する人の名前と、患者に代わって署名する権限(配偶者、親、法定代理人など)を記載してください。

私は、提出した情報が外部機関からの検証を受ける可能性があることを理解しています。私は、この情報が私の知る限りにおいて真実かつ完全であると承認します。

患者/代理人/親族/後見人(署名) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	日付 (Date)	時間 (Time)	氏名(活字体) (Print Name)
--	--------------	--------------	-------------------------

患者以外の場合は患者との関係
(Relationship if other than patient)

最低受給資格およびガイドライン (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

申請スケジュール、患者の権利、機密保持

- 医療費助成は、回収プロセスのどの時点でも申し込むことができます。
- この病院への支払い、医療費助成の申請に対する決定を受けるまで一切必要ありません。病院は申請中に未収金を回収に回すことはできません。
- 医療費助成が却下された場合は、不服を申し立てる権利があります。その方法については、お受け取りになる病院からの通知に記載されています。医療費助成の額についても、不服を申し立てる権利があります。病院は決定通知書に不服申し立て方法に関する情報を記載します。
- 病院は、最初の請求から少なくとも180日間は、未払いの請求書を回収機関に送ることはできません。
- 病院は、連邦貧困水準の400%以下の患者に対しては、未払い医療費を回収するために訴訟を起こすなどの法的措置を講じることを禁じられています。貧困水準のガイドラインは以下を参照: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 本申請書に記載された情報は、当病院であなたが医療費助成を受給する資格があるか判断されるためにのみ使用され、法律で認められている限り機密情報として扱われます。
- 未払いの医療費があることを理由に、病院が医療上必要なサービスを拒否することはできません。
- この申請に関してサポートが必要な場合は、**Northwell Healthのファイナンシャル アシスタンス オフィスへ (800) 995-5727 までご連絡ください。**
- 上記の電話番号で担当者と話さか、オンライン (<https://www.northwell.edu/assistance>)、または郵送 (Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747) で申請書を提出してください。
- この申請に関する追加サポートが必要な場合、または判定に不服がある場合は、Community Health Advocates: 888-614-5400 までご連絡ください。

受給資格

病院では、以下に規定する所得水準よりも高い所得水準で患者の支払い割引資格が設定されることや、受給資格のある患者に対して公衆衛生法で義務付けられているよりも大きな支払い割引が提供されることには、何らの制限もありません。さらに、移民ステータスは、医療費助成を決定するための資格基準とはなりません。

以下の方が受給対象となります:

- 健康保険に未加入の低所得者。
- 低額保険加入者(過去12カ月間の医療費の自己負担額が、その人の年間総収入の10%以上)。
- 健康保険の給付金を使い果たし、全額を支払う能力がないことを証明できる人。
- 病院の判断により、自己負担額および/または免責額の支払いが不可能であることを証明できる個人は、支払いの減額または割引を依頼することができます。

連邦貧困水準の400%までの個人が医療費助成の受給対象となります。

最低受給資格およびガイドライン (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

連邦貧困水準 (2025年)			
世帯人数	200%	300%	400%
1 人	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 人	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 人	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 人	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 人	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 人	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 人	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

年次更新: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

最低割引率

医療費助成の受給資格がある場合は、収入に応じて以下のようなスライド制で医療費が減額されます:

収入水準	支払い
連邦貧困水準の200%以下	すべての医療費を免除
連邦貧困水準の200% ~300%	保険未加入の患者: メディケイドによりサービスに対して支払われるはずであった金額の10%を上限とするスライド制。 低額保険加入の患者: 当該患者の保険費用負担に従って支払われるはずであった金額の10%が上限。
連邦貧困水準の301% ~400%	保険未加入の患者: メディケイドによりサービスに対して支払われるはずであった金額の20%を上限とするスライド制。 低額保険加入の患者: 当該患者の保険費用負担に従って支払われるはずであった金額の20%が上限。

病院では、受給対象となる患者に対してより大きな割引を提供したり、より高い収入水準の患者に対して支払い割引を提供する場合があります。

分割払いプラン

割引料金を一度に支払えない患者は、分割払いプランを利用できます。毎月の支払いは、総月収の5%を超えてはならず、未払い残高がある場合、患者に請求される利率は2%を超えてはなりません。

世帯収入証明書の請求 (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

患者本人、配偶者、扶養家族(子供など)の収入情報を記入してください。例えば、同じ確定申告書に記載されている人全員(申告者、配偶者、扶養家族)を世帯収入の計算に含めるようにしてください。

以下は、収入を証明するのに使える書類の一覧です。これらの書類をすべて提出する必要はありません。また、収入がない場合は、世帯収入がない旨を表明する陳述書を提出することもできます。

また、NY State of Health Marketplace の受給資格判定ページを提出することもできます。この書類をお持ちであれば、以下の他の収入情報を病院に提出する必要はありません。

世帯が以下を受領している場合:	月額:	申請者が提出できる書類:
賃金	\$	給与明細書、または会社のレターヘッドに署名および日付の入った雇用主からの書簡、または直近の所得税申告書のいずれかを提出してください。
社会保障給付	\$	支給通知書/証明書、または米国社会保障庁からの通知、年次給付通知書のコピー。社会保障給付金の書簡のコピーを請求するには、1-800-772-1213に電話するか、www.ssa.gov にアクセスしてください。
失業補償手当	\$	ニューヨーク州労働局からの支給通知書/証明書のコピー、または月次支給明細書、または印刷したダイレクトペイメントカードのコピー、またはニューヨーク州労働局からの通信文書、またはニューヨーク州労働局のウェブサイト (www.labor.state.ny.us) から受給者の口座情報を印刷したもの。
障害者給付金	\$	支給通知書/証明書、または米国社会保障庁からの通信文書、年次給付通知書のコピー。給付金書簡のコピーを請求するには、1-800-772-1213に電話するか、www.ssa.gov にアクセスしてください。
労働災害補償	\$	支給通知書のコピー、または給与明細書。
扶養手当/養育費	\$	裁判所命令のコピー、または3ヶ月分の現金化された小切手/領収書。
配当金/利息	\$	半期ごとの配当明細書、または1ヶ月分の明細書。
その他	\$	家賃収入、雑役に対する現金収入など、賃金以外の収入がある場合は、その金額を記載した書簡。
無収入	\$0	無収入である旨の署名入り陳述書。

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.