

## 뉴욕 주 표준 병원 재정 지원 신청서 (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

귀하가 무보험이거나, 보험이 소진되었거나, 건강 보험이 있지만 지불한 의료비 총액이 총 소득의 10%를 초과한다는 증빙이 있는 경우, 병원 재정 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이 서식을 작성하면 병원 재정 지원 신청이 시작됩니다. 이 서식은 뉴욕주의 모든 병원에서 사용됩니다.

*이 신청서는 병원에서 치료받는 환자들이 주로 사용하는 언어로 인쇄되어야 합니다.*

### 환자 성명 (해당되는 정보 모두 기재)

환자 성명 (이름, 중간 이름, 성)		
생일 (월월/일일/년년년년)		
주소	아파트/동 번호	
시	주	우편번호
연락처 전화 번호		
부모/보호자 또는 법적 대리인 성명 (환자가 미성년자이거나 무능력 성인인 경우)		
이메일 주소 (있는 경우)		

### 가족 정보:

가구에 속하는 모든 가족 구성원을 아래에 기재하십시오. 귀하의 가구에는 본인, 배우자 또는 동거 파트너, 그리고 자녀 또는 기타 부양 가족이 포함됩니다. 예를 들어, 여기에는 동일한 세금 신고서에 기재된 모든 사람이 포함될 것입니다.

총 소득은 세금이 공제되기 **전의** 소득을 의미합니다.

총 소득은 근로 소득(임금, 봉급, 팁, 자영업 수입), 비근로 소득(사회 보장 급여, 장애 수당, 및 실업 급여), 찬조금(가족이나 친구로부터 받은 자금), 및 기타 소득원(임시 지원금 및 보족적 보장 소득)으로 구성될 수 있습니다.

<sup>1</sup> 주 언어”에는 연간 환자 방문의 최소 5%에서 소통하는 데 사용되는 어떠한 언어도, 또는 미국 인구 조사국의 인구 통계 정보를 사용하여 계산되고, 학교 시스템의 데이터로 보관된 일차 병원 서비스 지역 인구 중 1% 이상이 사용하는 어떠한 언어도 포함됩니다.

**뉴욕 주 표준 병원 재정 지원 신청서**  
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

성명	관계	합계 총소득 (현재)
	자신	

병원은 소득 증빙으로서 관련 서류 제출을 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 관련 서류의 예에는 급여 명세서, 해당되는 경우, 고용주의 확인서, 또는 세금 신고서(Form 1040)가 포함될 수도 있습니다.

**건강보험 상태**

메디케이드(Medicaid), 메디케어(Medicare), 또는 직장에서 또는 개인적으로 가입한 민간 보험을 포함하여, 어떤 형태든 건강보험에 가입되어 있습니까?       예       아니요

“아니요”라고 답한 경우, 이러한 프로그램에 신청하는 데 도움을 받으시겠습니까?       예       아니요

**보험을 충분히 들지 않은 환자: 보험이 있고 의료비 부담이 큰 환자**

보험에 가입되어 있는 경우, 지난 12개월 동안 본인이 지불한 의료비의 대략적인 금액을 제공하십시오.

\$

병원은 지불된 의료비 증빙으로서 관련 서류 제출을 요청할 수 있습니다.

**환자/책임 당사자: 환자가 아닌 경우, 서명하는 사람의 성명과 환자를 대신하여 서명할 수 있는 권한(예: 배우자, 부모, 법적 대리인)을 기재하십시오.**

본인은 본인이 제출하는 정보가 외부 기관의 확인을 받아야 할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 당해 정보가 본인이 알고 있는 한 사실이고 완전하다는 것을 증명하는 바입니다.

환자/대리인/친척/보호자 (서명) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	날짜 (Date)	시간 (Time)	인쇄체 성명 (Print Name)
---	--------------	--------------	------------------------

\_\_\_\_\_  
환자가 아닌 경우 환자와의관계  
(Relationship if other than patient)

## 최소 자격 요건 및 지침 (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

### 신청 일정, 환자 권리, 및 비밀 유지

- 추심 과정 중 언제든지 재정 지원을 신청할 수 있습니다.
- 재정 지원 신청에 대한 결정을 받을 때까지 이 병원에 어떠한 납부도 할 필요가 없습니다. 병원은 신청서가 계류 중인 동안 미수금을 추심으로 넘길 수 없습니다.
- 재정 지원이 거부된 경우, 이의 제기를 할 권리가 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 정보는 귀하가 받는 병원 통지서에 포함됩니다. 재정 지원 금액에 대해 이의 제기를 할 권리가 있을 수도 있습니다. 병원의 결정 서한에 이의 제기 방법에 대한 정보가 포함될 것입니다.
- 병원은 첫 번째 청구서 발송 후 최소 180일 동안 미납 청구서를 추심 기관으로 보낼 수 없습니다.
- 병원은 연방 빈곤선의 400% 이하의 환자에 대한 미납 의료비를 회수하기 위해, 소송 제기 등, 법적 조치를 취하는 것이 금지됩니다. 빈곤 지침은 다음 링크에서 확인할 수 있습니다: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- 이 신청서에 제공된 어떤 정보도 병원이 재정 지원 적격 여부를 판단하는 데만 사용되며, 법이 허용하는 한도 내에서 비밀로 유지됩니다.
- 병원은 미납 의료비가 있다는 이유로 귀하에게 의학적으로 필요한 서비스를 거부할 수 없습니다.
- 이 신청서 작성에 도움이 필요하시면, **Northwell Health의 재정 지원 사무처(800-995-5727)에 문의하십시오.**
- 신청서는 위의 전화번호로 담당자와 통화하여, 아니면 <https://www.northwell.edu/assistance> 에서 온라인으로, 또는 다음 주소로 우편으로 제출하십시오 Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- 이 신청서 또는 이의 제기에 추가 도움이 필요하면, Community Health Advocates(888-614-5400)로 문의할 수 있습니다.

### 자격

어떠한 것도 병원이 아래에 명시된 소득 수준보다 높은 수준에서 납부금 할인을 받을 수 있는 환자 자격을 설정하고/하거나 자격있는 환자에게 공중보건법에서 요구하는 것보다 더 큰 납부금 할인을 제공하는 능력을 제한하지 않습니다. 뿐만 아니라, 이민 신분은 재정 지원을 결정하기 위한 자격 기준이 아니어야 합니다.

다음과 같은 개인은 재정 지원을 받을 자격이 있습니다:

- 건강 보험이 없는 저소득층 개인; 또는
- 보험을 충분히 들지 않은 개인 (지난 12개월 동안 누적된 본인 부담 의료 비용이 당해 개인의 총 연간 소득의 10%를 초과하는 경우); 또는
- 건강 보험 급여금이 소진되었으며, 의료비 전액을 지불할 능력이 없음을 실증할 수 있는 개인; 또는
- 병원의 재량에 따라, 정액 본인 부담금 및/또는 연간 한도 본인 부담금을 지불할 능력이 없음을 실증할 수 있는 개인은 감면되거나 할인된 납부금을 요청할 수 있습니다.

연방 빈곤선의 400% 한도 내의 개인은 재정 지원을 받을 자격이 있습니다.

## 최소 자격 요건 및 지침 (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

연방 빈곤선 (2025년)			
가구 규모	200%	300%	400%
1 명	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 명	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 명	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 명	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 명	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 명	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 명	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

매년 갱신됨: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### 최소 할인을

재정 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하의 의료비는 귀하의 소득 수준에 따라 다음과 같은 차등 요금제에 근거하여 감면됩니다:

소득 수준	납부
연방 빈곤선의 200% 미만	모든 의료비 면제
연방 빈곤선의 200% ~ 300%	무보험 환자: Medicaid가 당해 서비스에 대해 지불했을 금액의 10% 한도 내에서 차등 요금제 적용. 보험을 충분히 들지 않은 환자: 당해 환자의 보험 비용 분담에 따라 납부되었을 금액의 최대 10% 까지.
연방 빈곤선의 301% ~ 400%	무보험 환자: Medicaid가 당해 서비스에 대해 지불했을 금액의 20% 한도 내에서 차등 요금제 적용. 보험을 충분히 들지 않은 환자: 당해 환자의 보험 비용 분담에 따라 납부되었을 금액의 최대 20% 까지.

병원은 자격이 있는 환자에게 더 큰 할인을 제공하고/하거나 더 높은 소득 수준의 환자에게 납부금 할인을 제공하기로 선택할 수 있습니다.

### 분할 납부 계획

할인된 요금을 일시불로 납부할 수 없는 환자는 분할 납부 계획을 이용할 수 있습니다. 월별 납부액은 총 월 소득의 5%를 초과할 수 없고 미납 잔액이 있는 경우 환자에게 부과되는 이자율은 2%를 초과하지 않아야 합니다.

## 가구 소득 증빙 요청 (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

환자, 배우자, 그리고 부양 가족(예: 자녀)의 소득 정보를 포함하십시오. 예를 들어, 이는 가구 소득 계산 시 동일한 세금 신고서에 포함된 모든 사람(세금 신고자, 배우자, 및 세금 부양 가족)을 포함하는 것입니다.

다음은 소득을 증명하는 데 사용할 수 있는 문서 목록입니다. 이 모든 문서를 제출할 필요는 없습니다. 소득이 없는 경우 가구, 가구 무소득 명세서를 제출할 수도 있습니다.

또한, 뉴욕 주 건강보험 마켓플레이스(NY State of Health Marketplace)의 자격 결정 페이지를 제출할 수도 있습니다. 이 문서를 제출하는 경우, 병원에 아래에 나열된 다른 소득 정보를 제공할 필요는 없습니다.

가구가 다음과 같은 소득이 있는 경우:	월 소득 금액:	신청자가 제공할 수 있는 서류:
임금	\$	급여 명세서 1부, 또는 회사 공식 문서에 작성되고 서명 및 날짜가 기재된 고용주 출처의 공식 문서, 또는 가장 최근에 제출한 소득세 신고서를 제공하십시오.
사회 보장 지급금	\$	지급 판정 공식 문서/증명서, 미국 사회보장국에서 발행한 통신문, 또는 연간 수혜 확인서의 사본. 사회보장 급여금 공식 문서 사본을 요청하려면 1-800-772-1213으로 전화하거나 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 를 방문하십시오.
실업 수당	\$	뉴욕 주 노동부 출처의 지급 판정 공식 문서/증명서, 또는 월 급여 명세서의 사본, 또는 출력된 내역이 있는 직접 지급 카드의 사본, 또는 뉴욕 주 노동부 출처의 통신문, 또는 뉴욕 주 노동부 웹사이트( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ) 출처의 수령인 계정 정보 출력본.
장애 수당	\$	지급 판정 공식 문서/증명서, 사회보장국에서 발행한 통신문, 또는 연간 수혜 확인서의 사본. 급여금 공식 문서의 사본을 요청하려면, 1-800-772-1213으로 전화하거나 <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> 를 방문하십시오.
근로자 재해 보상금	\$	지급 판정 공식 문서 또는 수표 명세서의 사본.
위자료/자녀 양육비	\$	법원 명령서, 또는 최근 3개월치의 현금화된 수표/영수증의 사본.
배당금/이자	\$	분기별 배당금 명세서 또는 1개월치 명세서.
기타	\$	임대 소득, 임시 일에 대한 현금 수입 등과 같은, 비임금 소득 금액 (있는 경우)을 명시한 공식 문서.
무소득	\$0	서명된 무소득 명세서.

## 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.