

## WNIOSEK O JEDNOLITE WSPARCIE FINANSOWE SZPITALA w STANIE NOWY JORK (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Możesz kwalifikować się do uzyskania wsparcia finansowego szpitala w celu opłacenia rachunków, jeśli nie jesteś ubezpieczony(-a), Twoje ubezpieczenie straciło ważność lub jeśli posiadasz ubezpieczenie zdrowotne, ale masz dowód opłaconych wydatków medycznych przekraczających 10% Twojego dochodu. Wypełnienie tego formularza rozpocznie procedurę ubiegania się o wsparcie finansowe szpitala. Formularz ten jest używany przez wszystkie szpitale w stanie Nowy Jork.

*Niniejszy wniosek musi zostać wydrukowany w podstawowych<sup>1</sup> językach, używanych przez pacjentów obsługiwanych przez szpital.*

### Imię i nazwisko pacjenta (uzupełnić odpowiednie informacje)

Imię i nazwisko pacjenta (imię, drugie imię, nazwisko)		
Data urodzenia (mm/dd/yyyy)		
Adres		Nr mieszkania/pokoju
Miasto	Stan	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna lub przedstawiciela ustawowego (jeśli pacjentem jest małoletnie dziecko lub ubezwłasnowolniona osoba dorosła)		
Adres e-mail (jeśli istnieje)		

### Informacje o rodzinie:

Poniżej należy wymienić wszystkich członków rodziny w Twoim gospodarstwie domowym. Gospodarstwo domowe obejmuje Ciebie, Twojego współmałżonka lub partnera domowego oraz wszelkie dzieci lub inne osoby pozostające na utrzymaniu. Na przykład obejmuje to wszystkie osoby wymienione w tym samym kwestionariuszu podatkowym.

Dochód brutto oznacza dochód **przed** odliczeniem podatków.

Dochód brutto może składać się z zarobków z pracy (pensje, wynagrodzenia, napiwki, zarobki z samozatrudnienia), niezarobionych dochodów (ubezpieczenie społeczne, renty inwalidzkie i zasiłki dla bezrobotnych), składek (fundusze od rodziny lub przyjaciół) oraz innych źródeł dochodu (pomoc tymczasowa i dodatkowy dochód z zabezpieczenia).

<sup>1</sup> „Języki podstawowe” obejmują dowolny język używany do komunikacji podczas co najmniej 5% wizyt pacjentów rocznie lub dowolny język używany przez ponad 1% populacji głównego obszaru usług szpitalnych, obliczony na podstawie informacji demograficznych dostępnych w Biurze Spisu Ludności Stanów Zjednoczonych, uzupełnionych danymi z systemów szkolnych.

**WNIOSEK O JEDNOLITE WSPARCIE FINANSOWE SZPITALA  
 w STANIE NOWY JORK  
 (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)**

Imię i nazwisko	Związek z pacjentem	Całkowity dochód brutto (bieżący)
	Sam osobiście	

Szpital może zażądać przedstawienia dokumentacji potwierdzającej dochód; przykładami dokumentacji może być odcinek wypłaty, pismo od pracodawcy, jeśli dotyczy, lub formularz 1040.

**Status ubezpieczenia zdrowotnego**

Czy posiadasz jakąkolwiek formę ubezpieczenia zdrowotnego, w tym Medicaid, Medicare lub prywatne ubezpieczenie wykupione przez pracodawcę lub na własną rękę?  Tak  Nie

Jeśli odpowiedział(-aś) „Nie”, czy chciałbyś(-abyś) uzyskać pomoc w ubieganiu się o którykolwiek z tych programów?  Tak  Nie

**Pacjenci niedostatecznie ubezpieczeni: osoby z ubezpieczeniem i wysokimi wydatkami medycznymi.**

Jeśli posiadasz ubezpieczenie, podaj szacunkowe rachunki medyczne zapłacone w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

\$

Szpital może zażądać przedstawienia dokumentacji potwierdzającej poniesione wydatki medyczne.

**Pacjent/Osoba odpowiedzialna: Jeśli nie jest to pacjent, należy podać imię i nazwisko osoby podpisującej formularz oraz jej upoważnienie do złożenia podpisu w imieniu pacjenta (np. małżonek, rodzic, przedstawiciel prawny).**

Rozumiem, że podane przeze mnie informacje mogą podlegać weryfikacji ze źródeł zewnętrznych. Oświadczam, że informacje są prawdziwe i kompletne, zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Pacjent/Agent/Krewny/Opiekun prawny* (Podpis) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	Data (Date)	Godzina (Time)	Imię i nazwisko czytelnie (Print Name)

Stopień pokrewieństwa, jeżeli podpis składa osoba inna niż pacjent  
 (Relationship if other than patient)

## MINIMALNE UPRAWNIENIA I WYTYCZNE (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

### Harmonogram składania wniosków, prawa pacjenta i poufność

- O pomoc finansową można ubiegać się w dowolnym momencie procesu zbierania danych.
- Pacjent nie musi dokonywać żadnych płatności na rzecz szpitala do momentu otrzymania decyzji w sprawie wniosku o pomoc finansową. Szpitale nie mogą przekazywać rachunków do windykacji w trakcie rozpatrywania wniosku.
- W przypadku odmowy przyznania pomocy finansowej przysługuje prawo do złożenia odwołania. Informacje o tym, jak to zrobić, zostaną zawarte w powiadomieniu otrzymanym od szpitala. Pacjent może mieć prawo do odwołania się od kwoty pomocy finansowej. Szpital zawrze informacje o sposobie złożenia odwołania w piśmie zawierającym decyzję.
- Szpitale nie mogą wysyłać niezapłaconych rachunków do agencji windykacyjnej przez co najmniej 180 dni od wystawienia pierwszego rachunku.
- Szpitale nie mogą podejmować działań prawnych, w tym składać pozwów sądowych, w celu odzyskania niezapłaconych rachunków medycznych dla pacjentów poniżej 400% federalnego poziomu ubóstwa. Wytyczne dotyczące ubóstwa można znaleźć tutaj: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Wszelkie informacje podane w niniejszym wniosku zostaną wykorzystane przez szpital wyłącznie w celu ustalenia uprawnień do pomocy finansowej i pozostaną poufne w zakresie dozwolonym przez prawo.
- Szpital nie może odmówić pacjentowi usług niezbędnych z medycznego punktu widzenia z powodu nieuregulowanego rachunku medycznego.
- Jeśli potrzebna jest pomoc w wypełnieniu wniosku, **należy skontaktować się z biurem pomocy finansowej Northwell Health pod numerem (800) 995-5727.**
- Wniosek należy złożyć, rozmawiając z przedstawicielem pod powyższym numerem telefonu, online na stronie <https://www.northwell.edu/assistance> lub pocztą na adres Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- Jeśli potrzebujesz dodatkowej pomocy przy wypełnianiu wniosku lub pomocy w odwołaniu się od decyzji, możesz skontaktować się z Community Health Advocates: 888-614-5400.

### Kwalifikowalność

Nic nie ogranicza zdolności szpitala do ustalania kwalifikowalności pacjentów do zniżek w płatnościach przy poziomach dochodów wyższych niż określone poniżej i/lub do zapewniania kwalifikującym się pacjentom większych zniżek w płatnościach niż wymagane przez Public Health Law. Ponadto status imigracyjny nie stanowi kryterium kwalifikowalności do celów określenia pomocy finansowej.

Kwalifikują się następujące osoby:

- Osoby o niskich dochodach bez ubezpieczenia zdrowotnego; lub
- osoby niedostatecznie ubezpieczone (koszty leczenia poniesione z własnej kieszeni w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy, które wynoszą ponad dziesięć procent rocznego dochodu brutto takiej osoby); lub
- osoby, które wyczerpały swoje świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego i które mogą wykazać niezdolność do uiszczenia pełnych opłat; lub
- według uznania szpitala, osoby, które mogą wykazać niezdolność do opłacenia współpłacenia i/lub udziału własnego, mogą zażądać obniżonej lub obniżonej płatności.

Osoby do 400% federalnego poziomu ubóstwa kwalifikują się do pomocy finansowej.

## MINIMALNE UPRAWNIENIA I WYTYCZNE (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

<b>Federalny poziom ubóstwa (2025)</b>			
<b>Wielkość gospodarstwa</b>	<b>200%</b>	<b>300%</b>	<b>400%</b>
1 Osoba	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 Osoby	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 Osoby	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 Osoby	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 Osoby	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 Osoby	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 Osoby	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Aktualizacja co roku: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### Minimalne stawki zniżek

Jeśli kwalifikujesz się do pomocy finansowej, opłaty zostaną obniżone w zależności od Twojego dochodu na ruchomej skali opłat w następujący sposób:

<b>Poziom dochodu</b>	<b>Płatność</b>
Poniżej 200% FPL (federalnego poziomu ubóstwa)	Zniesienie wszystkich opłat
200% - 300% FPL	Pacjenci nieubezpieczeni: Skala suwakowa do 10% kwoty, która zostałaby zapłacona za usługę (usługi) przez Medicaid.  Pacjenci niedostatecznie ubezpieczeni: Maksymalnie do 10% kwoty, która zostałaby zapłacona zgodnie z podziałem kosztów ubezpieczenia takiego pacjenta.
301% - 400% FPL	Pacjenci nieubezpieczeni: Skala suwakowa do 20% kwoty, która zostałaby zapłacona za usługi przez Medicaid.  Pacjenci niedostatecznie ubezpieczeni: Maksymalnie do 20% kwoty, która zostałaby zapłacona zgodnie z udziałem w kosztach ubezpieczenia takiego pacjenta.

Szpitala mogą zapewnić większe zniżki dla kwalifikujących się pacjentów i/lub oferować zniżki w płatnościach dla pacjentów o wyższym poziomie dochodów.

### Plany ratalne

Plany ratalne są dostępne dla pacjentów, którzy nie są w stanie zapłacić obniżonej stawki jednorazowo. Miesięczne płatności nie mogą przekraczać 5% miesięcznego dochodu brutto, a stopa odsetek naliczanych pacjentowi od niespłaconego salda, jeśli takie istnieje, nie może przekraczać 2%.

## WNIOSEK O ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH GOSPODARSTWA DOMOWEGO (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Prosimy o podanie informacji o dochodach pacjenta, jego współmałżonka i osób pozostających na jego utrzymaniu (tj. dzieci). Na przykład przy obliczaniu dochodu gospodarstwa domowego uwzględnione zostaną wszystkie osoby figurujące na tym samym zeznaniu podatkowym (osoba składająca zeznanie podatkowe, współmałżonek i osoby pozostające na utrzymaniu).

Poniżej znajduje się lista dokumentów, których można użyć do udowodnienia swojego dochodu. Nie musisz przedstawiać wszystkich tych dokumentów. Możesz również dostarczyć oświadczenie o braku dochodu gospodarstwa domowego, jeśli nie masz dochodu.

Pacjent może również dostarczyć stronę określającą uprawnienia z NY State of Health Marketplace. Jeśli posiadasz ten dokument, nie musisz dostarczać szpitalowi żadnych innych informacji o dochodach wymienionych poniżej.

<b>Jeśli gospodarstwo domowe otrzymuje:</b>	<b>Kwota na miesiąc:</b>	<b>Wnioskodawca może dostarczyć:</b>
Zarobki	\$	Należy dostarczyć jeden odcinek wypłaty lub pismo od pracodawcy na papierze firmowym, podpisane i opatrzone datą, lub ostatnio złożone zeznanie podatkowe.
Zasiłek socjalny	\$	Kopia pisma/zaświadczenia o przyznaniu świadczenia lub korespondencja z Administracji Ubezpieczeń Społecznych Stanów Zjednoczonych lub roczny list dotyczący świadczeń. Aby poprosić o kopię listu o świadczeniach Social Security, zadzwoń pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedź stronę <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Odszkodowanie dla bezrobotnych	\$	Kopia pisma/zaświadczenia o przyznaniu świadczenia lub miesięczne zestawienie świadczeń z Departamentu Pracy stanu Nowy Jork, lub kopia karty płatności bezpośrednich z wydrukiem, lub korespondencja z Departamentu Pracy stanu Nowy Jork, lub wydruk informacji o koncie odbiorcy ze strony internetowej Departamentu Pracy stanu Nowy Jork ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Zasiłek dla osób niepełnosprawnych	\$	Kopia pisma/zaświadczenia o przyznaniu świadczenia lub korespondencja z Social Security Administration lub kopia rocznego pisma o świadczeniach. Aby poprosić o kopię pisma o świadczeniach, należy zadzwonić pod numer 1-800-772-1213 lub odwiedzić stronę <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
Odszkodowanie dla pracowników	\$	Kopia pisma o przyznaniu świadczenia lub odcinek wypłaty.
Alimenty/alimenty na dzieci	\$	Kopia nakazu sądowego lub 3-miesięczne zrealizowane czeki/pokwitowania.
Dywidendy/odsetki	\$	Kwartalne wyciągi z dywidend lub wyciągi z 1 miesiąca.
Inne	\$	LePismo określające wysokość zarobków pozapłacowych (jeśli istnieją), takich jak dochody z wynajmu, gotówka za prace dorywcze itp.
Brak dochodu	\$0	Podpisane oświadczenie o braku dochodów.

## 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.