

INSCRIÇÃO ÚNICA PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA HOSPITALAR DO ESTADO DE NOVA YORK (NYS)

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Você pode ser elegível para assistência financeira hospitalar para pagar suas contas caso não tenha seguro, se seu seguro expirar ou se você tiver seguro mas não tiver nenhuma prova de pagamento de despesas médicas totalizando mais de 10% de seu rendimento. O preenchimento deste formulário iniciará sua solicitação para assistência financeira hospitalar. Este formulário é utilizado por hospitais no estado de Nova York

Esta inscrição deve ser impressa nos principais¹ idiomas falados pelos pacientes atendidos pelo hospital.

Nome do paciente (preencha as informações aplicáveis)

Nome do paciente (Nome, nome do meio, sobrenome)		
Data de nascimento (mm/dd/aaaa)		
Endereço		Apartamento/unidade
Cidade	Estado	CEP
Telefone de contato		
Nome do pai/mãe/responsável ou representante legal (se o paciente for menor de idade ou um adulto incapaz)		
Endereço de e-mail (se houver)		

Informações familiares:

Liste abaixo todos os membros da família em seu domicílio. Seu domicílio inclui você, seu cônjuge ou parceiro(a) domiciliar e qualquer criança ou outro dependente. Por exemplo, isso incluiria todos listados na mesma declaração de imposto de renda.

Renda bruta significa seu rendimento **antes** da redução dos impostos.

A renda bruta pode consistir em ganhos de trabalho (salários, ordenados, gorjetas, rendimentos de trabalho autônomo), rendimentos não obtidos por trabalho (benefícios de seguridade social, auxílio-doença e seguro-desemprego), contribuições (recursos de familiares ou amigos) e outras fontes de renda (assistência temporária e renda de segurança complementar).

¹ “principais idiomas” inclui qualquer idioma usado para comunicação por no mínimo 5% dos pacientes por ano, ou qualquer idioma falado por mais de 1% da população da área de serviço hospitalar principal, como calculado usando as informações demográficas disponíveis no Departamento do Censo dos Estados Unidos, complementados por dados de sistemas escolares.

INSCRIÇÃO ÚNICA PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA HOSPITALAR DO ESTADO DE NOVA YORK (NYS)
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Nome completo	Relação	Rendimento bruto total (atual)
	Você	

O hospital pode solicitar que você envie documentos como comprovação de rendimento. Exemplos de documentos podem incluir um holerite, uma carta do seu empregador, se aplicável, ou o Formulário 1040.

Status de seguro de saúde

Você possui qualquer tipo de seguro de saúde, incluindo Medicaid, Medicare ou seguro privado através de seu empregador ou adquirido por conta própria? Sim Não

Se você respondeu “não”, gostaria de assistência na inscrição em qualquer um desses programas? Sim Não

Pacientes com seguros insuficientes: pessoas com seguro e despesas médicas altas.

Se você tiver seguro, forneça uma estimativa das contas médicas que pagou nos últimos 12 meses.

\$

O hospital pode solicitar que você envie a documentação como prova das despesas médicas pagas.

Paciente/parte responsável: Se não for o paciente, liste o nome da pessoa que assina o formulário e sua autoridade para assinar em nome do paciente (por ex., cônjuge, pai, mãe, representante legal).

Eu compreendo que as informações que envio podem estar sujeitas à verificação de fontes externas. Eu certifico que as informações, até onde tenho conhecimento, são verdadeiras.

Paciente/Agente/Parente/Responsável (Assinatura) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	Data (Date)	Hora (Time)	Nome em letra de forma (Print Name)

Relacionamento se não o paciente
(Relationship if other than patient)

ELEGIBILIDADE MÍNIMA E DIRETRIZES (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Cronograma de inscrição, direitos dos pacientes e confidencialidade

- Você pode solicitar a assistência financeira a qualquer momento durante o processo de cobrança.
- Você não precisa fazer nenhum pagamento para este hospital até receber uma decisão sobre sua inscrição para assistência financeira. Os hospitais não podem encaminhar contas para cobrança enquanto sua solicitação estiver pendente.
- Se sua assistência financeira for negada, você tem o direito de apelar. Informações sobre como fazer isso estarão incluídas na notificação do hospital que você receberá. Você pode ter o direito de contestar o valor de sua assistência financeira. O hospital incluirá informações sobre como contestar na carta de sua decisão.
- Os hospitais não podem enviar contas não pagas para uma agência de cobrança por no mínimo 180 dias depois de sua primeira fatura.
- Os hospitais estão proibidos de tomar medidas legais, incluindo entrar com ações judiciais, para recuperar contas médicas não pagas de pacientes abaixo de 400% do nível federal de pobreza. As diretrizes de pobreza podem ser encontradas aqui: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Qualquer informação fornecida nesta inscrição será utilizada apenas pelo hospital para determinar sua elegibilidade para assistência financeira e permanecerá confidencial na medida permitida por lei.
- Um hospital não pode negar serviços médicos necessários porque você possui uma conta médica pendente.
- Se você precisar de ajuda com esta inscrição, **entre em contato com o Escritório de Assistência Financeira da Northwell Health pelo número (800) 995-5727.**
- Envie sua inscrição falando com um representante pelo número acima, on-line em <https://www.northwell.edu/assistance> ou por correspondência para a Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- Se precisar de ajuda adicional com esta inscrição ou ajuda para apelar de uma decisão, você pode consultar os Community Health Advocates: 888-614-5400.

Elegibilidade

Nada limita a capacidade de um hospital de estabelecer a elegibilidade do paciente para descontos de pagamento em níveis de renda superiores aos especificados abaixo e/ou de fornecer descontos de pagamento maiores para pacientes elegíveis do que os exigidos pela Lei de Saúde Pública. Além disso, o status de imigração não deve ser um critério de elegibilidade para o objetivo de determinar uma assistência financeira.

Os seguintes indivíduos são elegíveis:

- Indivíduos de baixa renda sem seguro de saúde; ou
- indivíduos com seguro insuficiente (custos médicos pagos do próprio bolso acumulados nos últimos doze meses que totalizam mais de dez por cento da renda bruta anual desse indivíduo); ou
- aqueles que esgotaram seus benefícios de seguro de saúde e que podem comprovar incapacidade de pagar os valores totais; ou
- a critério do hospital, indivíduos que podem comprovar incapacidade de pagar sua coparticipação e/ou franquia podem solicitar um pagamento reduzido ou com desconto.

Indivíduos com renda de até 400% do nível federal de pobreza são elegíveis para assistência financeira.

ELEGIBILIDADE MÍNIMA E DIRETRIZES (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Níveis federais de pobreza (2025)			
Tamanho do domicílio	200%	300%	400%
1 pessoa	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 pessoas	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 pessoas	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 pessoas	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 pessoas	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 pessoas	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 pessoas	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Atualizado anualmente: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Taxas mínimas de desconto

Se você se qualifica para assistência financeira, suas despesas serão reduzidas de acordo com sua renda em uma escala de taxas variáveis, conforme segue:

Nível de renda	Pagamento
Abaixo de 200% FPL (Nível Federal de Pobreza)	Abdicar de todas as despesas
De 200% a 300% FPL (Nível Federal de Pobreza)	Pacientes sem seguro: Escala variável de até 10% do montante que teria sido pago para o(s) serviço(s) pela Medicaid. Pacientes com seguro insuficiente: Até um máximo de 10% do montante que teria sido pago de acordo com a participação de custo do seguro de tal paciente.
De 301% a 400% FPL (Nível Federal de Pobreza)	Pacientes sem seguro: Escala variável de até 20% do montante que teria sido pago para o(s) serviço(s) pela Medicaid. Pacientes com seguro insuficiente: Até um máximo de 20% do montante que teria sido pago de acordo com a participação de custo do seguro de tal paciente.

Os hospitais podem optar por oferecer descontos maiores para pacientes elegíveis e/ou conceder descontos de pagamento para pacientes com níveis de renda mais altos.

Plano de parcelamento

Planos de parcelamento estão disponíveis para pacientes incapazes de pagar a taxa reduzida de uma só vez.

Os pagamentos mensais não podem exceder 5% da sua renda bruta mensal, e a taxa de juros cobrada do paciente sobre o saldo não pago, se houver, não deve exceder 2%.

SOLICITAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RENDA FAMILIAR (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Por favor, inclua as informações de renda do paciente, do cônjuge e de quaisquer dependentes (como filhos). Por exemplo, isso incluiria todos que estão na mesma declaração de imposto (declarante, cônjuge e dependentes fiscais) no cálculo da renda familiar.

A seguir, está uma lista de documentos que você pode usar para comprovar sua renda. Você não precisa fornecer todos esses documentos. Você também pode fornecer uma declaração de ausência de renda familiar, caso não tenha renda.

Você também pode fornecer a página de determinação de elegibilidade do NY State of Health Marketplace. Se você tiver esse documento, não precisará fornecer nenhuma outra informação de renda listada abaixo ao hospital.

Se a família recebe:	Montante por mês:	O solicitante pode fornecer:
Salários	\$	Forneça um comprovante de pagamento, ou uma carta do empregador em papel timbrado da empresa, assinada e datada, ou a declaração de imposto de renda mais recente.
Pagamento de previdência social	\$	Cópia da carta de concessão/certificado, ou correspondência da Administração da Previdência Social dos EUA, ou carta de benefício anual. Para solicitar uma cópia da sua carta de benefício da Previdência Social ligue para 1-800-772-1213 ou visite www.ssa.gov .
Seguro desemprego	\$	Cópia da carta de concessão/certificado, ou declaração de benefício mensal do Departamento de Trabalho do Estado de Nova York (NYS Department of Labor), ou cópia do Cartão de Pagamento Direto com cópias impressas, ou correspondência do Departamento de Trabalho do Estado de Nova York, ou cópias impressas das informações da conta do beneficiário no site do Departamento de Trabalho do Estado de Nova York (www.labor.state.ny.us).
Benefício por incapacidade (Deficiência)	\$	Cópia da carta de concessão/certificado, ou correspondência da Administração da Previdência Social (Social Security Administration), ou cópia da carta de benefício anual. Para solicitar uma cópia da sua carta de benefício, ligue para 1-800-772-1213 ou visite www.ssa.gov .
Indenização de trabalho	\$	Cópia da Carta de Concessão ou comprovante de pagamento.
Pensão alimentícia/ Pensão para filhos	\$	Cópia da ordem judicial, ou 3 meses de recibos/cheques depositados.
Dividendos/juros	\$	Declarações trimestrais de dividendos ou extratos de 1 mês.
Outro	\$	Carta informando o valor de ganhos não salariais (se houver), como renda de aluguel, pagamento em dinheiro por trabalhos alternativos etc.
Sem renda	\$ 0	Declaração assinada de ausência de renda.

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.