

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ В БОЛЬНИЦЕ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Вы можете рассчитывать на финансовую помощь больницы для оплаты счетов, если вы не застрахованы, если ваша страховка истекла или если у вас есть медицинская страховка, но есть подтверждение оплаченных медицинских расходов, общая сумма которых составляет более 10% от вашего дохода. Заполняя эту форму вы запускаете ваш запрос на финансовую помощь больницы. Эта форма применима для всех больниц в штате Нью-Йорк.

Это заявление должно быть напечатано на основных языках¹, на которых говорят пациенты, обслуживаемые больницей.

Имя пациента (полная применимая информация)

Ф.И.О. пациента		
Дата рождения (день, месяц, год)		
Адрес		№ квартиры/блока
Город	Штат	Почтовый индекс
Контактный номер телефона		
Ф.И.О. родителя / опекуна или законного представителя (если пациент - несовершеннолетний или недееспособный взрослый)		
Адрес электронной почты (если есть)		

Информация о семье:

Перечислите ниже всех членов вашей семьи. В вашу семью входите вы, ваш супруг или партнер по гражданскому браку, а также дети или другие иждивенцы. Например, к ней могут относиться все, кто указан в одной налоговой декларации.

Валовой доход означает ваш доход **до** вычета налогов.

Валовой доход может состоять из трудовых доходов (зарплаты, окладов, чаевых, доходов от самозанятости), нетрудовых доходов (социального обеспечения, пособий по инвалидности и безработице), взносов (средств от семьи или друзей) и других источников дохода (временной помощи и дополнительного дохода по социальному обеспечению).

¹ Под «Основными языками» подразумевается любой язык, который используется для общения не менее чем в 5% посещений пациентов в год, или любой язык, на котором говорит более 1% населения основной зоны обслуживания больницы, что рассчитано на основании демографических данных, имеющихся в Бюро переписи населения США, дополненных данными из школьных систем.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ В БОЛЬНИЦЕ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Полное имя	Степень родства	Общий совокупный доход (текущий)
	Сам	

Больница может попросить вас предоставить документы, подтверждающие ваш доход; примерами документов могут служить расчетный листок, письмо от вашего работодателя (если применимо) или форма 1040.

Статус медицинского страхования

Есть ли у вас какая-либо форма медицинской страховки, включая Medicaid, Medicare или частная страховка через вашего работодателя или приобретенная самостоятельно? Да Нет

В случае ответа «Нет», нужна ли вам помощь в подаче заявки на любую из этих программ? Да Нет

Пациенты с недостаточным страхованием: люди со страховкой и высокими расходами на медицинское обслуживание.

Если у вас есть страховка, просим предоставить смету медицинских счетов, которые вы оплатили за последние 12 месяцев.

\$

Больница может попросить вас предоставить документацию, подтверждающую оплату медицинских расходов.

Пациент/Ответственная сторона: Если вы не пациент, укажите имя лица, подписавшего форму, и его право подписи от имени пациента (например, супруг, родитель, законный представитель).

Я понимаю, что предоставленная мной информация может подлежать проверке из внешних источников. Я подтверждаю, что информация является достоверной и полной, насколько мне известно.

Пациент/Представитель/Родственник/Опекун (Подпись) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))	Дата (Date)	Время (Time)	Имя печатными буквами (Print Name)
---	----------------	-----------------	---------------------------------------

Укажите связь с пациентом
(Relationship if other than patient)

МИНИМАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ НА ПРАВО ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Сроки подачи заявок, права пациентов и конфиденциальность

- Вы можете подать заявку на получение финансовой помощи в любой момент процесса взыскания задолженности.
- Вам не нужно вносить никаких платежей в эту больницу, пока вы не получите решение по вашей заявке на финансовую помощь. Больницы не могут направлять счета в коллекторскую службу, пока ваша заявка находится на рассмотрении.
- Если вам отказано в финансовой помощи, у вас есть право подать апелляцию. Информация о том, как это сделать, будет включена в уведомление больницы, которое вы получите. Вы можете иметь право подать апелляцию на сумму вашей финансовой помощи. В письме с решением больницы будет включена информация о том, как подать апелляцию.
- Больницы не могут отправлять неоплаченные счета в коллекторское агентство в течение как минимум 180 дней после вашего первого счета.
- Больницам запрещено предпринимать юридические действия, включая подачу исков, для взыскания неоплаченных медицинских счетов с пациентов, чей доход ниже 400% от федерального прожиточного минимума. С рекомендациями по определению уровня бедности можно ознакомиться здесь: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Любая информация, предоставленная в этом заявлении, будет использоваться больницей только для определения вашего права на финансовую помощь и останется конфиденциальной в той мере, в какой это разрешено законом.
- Больница не может отказать вам в необходимых медицинских услугах из-за того, что у вас есть неоплаченный счет за лечение.
- Если вам нужна помощь по этому заявлению, **свяжитесь с офисом финансовой помощи Northwell Health по телефону (800) 995-5727.**
- Вы можете подать заявку при разговоре с представителем по указанному выше номеру телефона, онлайн на сайте <https://www.northwell.edu/assistance> или отправив заявку по почте на адрес Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- Если вам нужна дополнительная помощь с этим заявлением или помощь в обжаловании решения, вы можете обратиться в Адвокатуру по вопросам медицинского обслуживания (Community Health Advocates): 888-614-5400.

Критерии выбора

Ничто не ограничивает возможности больницы устанавливать право пациентов на скидки при оплате, если уровни дохода выше указанных ниже, и/или предоставлять более высокие скидки при оплате для имеющих на то право пациентов, чем те, которые требуются Законом о здравоохранении. Кроме того, иммиграционный статус не должен быть критерием на право получения финансовой помощи.

Право на получение финансовой помощи имеют следующие лица:

- Лица с низким доходом без медицинской страховки; или
- Лица с недостаточным страхованием (невозмещаемые расходы за медицинское обслуживание, накопленные за последние двенадцать месяцев, которые составляют более десяти процентов от валового годового дохода такого лица); или
- Те, кто исчерпал свои льготы по медицинской страховке и может доказать неспособность оплатить полную стоимость; или
- По усмотрению больницы лица, которые могут доказать неспособность оплатить свою доплату и/или франшизу, могут запросить уменьшенную или сниженную оплату.

Лица, доход которых составляет до 400% от федерального прожиточного минимума, имеют право на финансовую помощь.

МИНИМАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ НА ПРАВО ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Федеральные прожиточные минимумы (2025)			
Размер домохозяйства	200%	300%	400%
1 человек	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 человека	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 человека	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 человека	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 человека	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 человека	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 человека	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Ежегодное обновление: [//aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines](https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines)

Минимальные ставки дисконтирования

Если вы имеете право на финансовую помощь, взимаемые сборы будут снижены в соответствии с вашим доходом по скользящей шкале следующим образом:

Уровень дохода	Оплата
Ниже 200% федерального прожиточного минимума	Отменить все сборы
200%-300% федерального прожиточного минимума	Незастрахованные пациенты: Скользящая шкала до 10% от суммы, которая была бы выплачена за услугу(и) по программе Medicaid. Недознастрахованные пациенты: Максимум до 10% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страхование такого пациента.
301%-400% федерального прожиточного минимума	Незастрахованные пациенты: Скользящая шкала до 20% от суммы, которая была бы выплачена за услугу(и) по программе Medicaid. Недознастрахованные пациенты: Максимум до 20% от суммы, которая была бы выплачена в соответствии с разделением расходов на страхование такого пациента.

Больницы могут предоставлять более высокие скидки для подходящих пациентов, и/или предлагать скидки на оплату для пациентов с более высоким уровнем дохода.

Планы оплаты в рассрочку

Планы оплаты в рассрочку доступны пациентам, которые не могут выплатить сниженную ставку сразу. Ежемесячные платежи не могут превышать 5% от вашего валового ежемесячного дохода, а процентная ставка, взимаемая с пациента на невыплаченный остаток, если таковой имеется, не должна превышать 2%.

ЗАПРОС НА ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА СЕМЬИ (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Включите информацию о доходе пациента, его супруга(и) и любых иждивенцев (например, детей). Например, к таковым относятся все, кто указан в одной налоговой декларации (лицо подающее налог, супруг(а) и иждивенцы) при расчете семейного дохода.

Ниже приведен список документов, которыми вы можете подтвердить свой доход. Вам не нужно предоставлять все эти документы. Вы также можете предоставить справку об отсутствии семейного дохода, если у вас нет дохода.

Вы также можете предоставить страницу определения права на получение помощи на Health Marketplace штата Нью Йорк. Если у вас есть этот документ, вам не нужно предоставлять в больницу какую-либо другую указанную ниже информацию о доходе.

Если члены семьи получают:	Сумма за месяц:	Заявитель может предоставить:
Заработную плату	\$	Предоставьте один расчетный листок или письмо от работодателя на фирменном бланке компании, с подписью и датой, или последнюю поданную налоговую декларацию.
Выплаты по социальному обеспечению	\$	Копию письма/сертификата о назначении пособия или корреспонденция от Администрации социального обеспечения США или ежегодное письмо о выплате пособий. Для запроса копии письма о выплате пособий по социальному обеспечению, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт www.ssa.gov .
Пособие по безработице	\$	Копия письма/сертификата о назначении пособия или ежемесячная выписка о выплате пособий от Департамента труда штата Нью-Йорк или копия карты прямой оплаты с распечаткой или корреспонденция от Департамента труда штата Нью-Йорк или распечатка информации о счете получателя с веб-сайта Департамента труда штата Нью-Йорк (www.labor.state.ny.us).
Пособие по инвалидности	\$	Копия письма/сертификата о назначении пособия или корреспонденция от Администрации социального обеспечения или копия ежегодного письма о выплате пособий. Чтобы запросить копию письма о выплатах, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт www.ssa.gov .
Компенсация работникам, получившим травмы на работе	\$	Копия письма о назначении пособия или квитанции.
Алименты/Пособие на ребенка	\$	Копия постановления суда или оплаченных чеков/квитанций за 3 месяца.
Дивиденды/Проценты	\$	Квартальные отчеты о дивидендах или отчеты за 1 месяц.
Иное	\$	Письмо с указанием суммы доходов, не связанных с заработной платой (если таковые имеются), например, доход от аренды, наличные за случайные работы и т.д.
Доход отсутствует	\$0	Подписанный отчет об отсутствии дохода.

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	Uninsured patients: Sliding scale up to 10% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid. Underinsured patients: Up to a maximum of 10% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.
301% - 400% FPL	Uninsured patients: Sliding scale up to 20% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid. Underinsured patients: Up to a maximum of 20% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.

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.