

APLIKASYON NG TULONG PINANSYAL SA NYS (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Maaari kang maging eligible o karapat-dapat para sa tulong pinansyal ng ospital upang bayaran ang iyong mga bills o bayarin kung wala kang insurance, kung ang insurance mo ay naubos na, o kung mayroon kang health insurance ngunit may katibayan na ang mga binayaran na gastusing medikal ay mahigit sa 10% ng iyong kita. Ang pagkumpleto sa pormularyo na ito ay unang hakbang sa iyong kahilingan para sa tulong pinansyal ng ospital. Ang pormularyong ito ay ginagamit sa lahat ng ospital sa State ng New York.

Ang aplikasyon na ito ay kailangang nakalimbag o naka-print sa pangunahing¹ wika na sinasalita ng pasyente na pinaglilingkuran ng ospital.

Pangalan ng Pasyente (kumpletong impormasyon na naaangkop)

Pangalan ng Pasyente (Una, Gitna, Apelyido)		
Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)		
Address	Apartment/Unit #	
City	State	Zip
Contact Phone #		
Prindi/kujdestari ose emri i përfaqësuesit ligjor (nëse pacienti është fëmijë i mitur ose person i rritur por i paaftësuar)		
Adresa e emailit (nëse ka)		

Impormasyon sa Pamilya:

Mangyaring ilista sa ibaba ang lahat ng miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan. Kasama sa iyong sambahayan ang iyong sarili, ang iyong asawa o partner, at sinumang mga anak o iba pang dependent. Halimbawa, isasama rito ang lahat ng nakalista sa parehong tax return.

Ang gross income (kabuuang kita) ay ang iyong kita **bago** ibawas ang mga buwis.

Maaaring kasama sa gross income ang mga kita sa trabaho (suweldo, tip, kita mula sa self-employment), mga 'di-kasama sa kita (social security, disability, at unemployment benefits), mga kontribusyon (pondo mula sa pamilya o kaibigan), at iba pang pinagmumulan ng kita (pansamantalang tulong at karagdagang kita sa seguridad (temporary assistance and supplemental security income)).

¹ Kabilang sa "Pangunahing mga wika" ang anumang wika na ginagamit upang makipag-usap sa hindi bababa sa 5% ng mga bumibisita pasyente bawat taon, o anumang wikang sinasalita ng higit sa 1% ng populasyon ng pangunahing lugar ng serbisyo ng ospital, na kinakalkula gamit ang demograpikong impormasyon mula sa United States Bureau of the Census, na dinagdagang ng datos mula sa mga sistema ng paaralan.

APLIKASYON NG TULONG PINANSYAL SA NYS

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Buong Pangalan	Relasyon	Kabuuang Gross Income (Kasalukuyan)
	Sarili	

Maaaring hilingin ng ospital na magsumite ka ng dokumento bilang katibayan ng kita; kabilang sa mga halimbawa ng dokumentasyon ay isang pay stub, isang sulat mula sa iyong employer kung naaangkop, o Form 1040.

Katayuan ng Health Insurance

Mayroon ka bang anumang uri ng insurance na pangkalusugan, kabilang ang Medicaid, Medicare, o pribadong insurance mula sa iyong employer o binayaran mong mag-isa?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung sumagot ka ng “Hindi,” gusto mo ba ng tulong sa pag-apply para sa alinman sa mga programang ito?

☐ Oo ☐ Hindi

Mga underinsured na pasyente: mga indibidwal na may insurance at malalaking gastusing medikal.

Kung mayroon kang insurance, mangyaring magbigay ng isang pagtatantya ng mga bayaring medikal na binayaran mo sa nakaraang 12 buwan.

\$

Maaaring hilingin ng ospital na magsumite ka ng dokumentasyon bilang katibayan ng mga binayaran na gastusing medikal.

Pasyente/Responsableng Partido: Kung hindi ikaw ang pasyente, isulat ang pangalan ng taong pumipirma sa pormularyo at ang kanilang awtoridad na pumirma sa ngalan ng pasyente (halimbawa, asawa, magulang, legal na kinatawan).

Naiintindihan ko na ang impormasyon na isinumite ko ay maaaring beripikahin mula sa mga panlabas na pinagkukunan. Pinatutunayan ko na ang impormasyon ay totoo at kumpleto sa abot ng aking kaalaman.

 Pasyente/Ahente/Kamag-anak/Tagapag-alaga * (Pirma)
 (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))

 Petsa
 (Date)

 Oras
 (Time)

 I-print ang Pangalan
 (Print Name)

 Relasyon kung hindi ang Pasyente
 (Relationship if other than patient)

MINIMUM ELIGIBILITY AT MGA ALITUNTUNIN (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Timeline ng Aplikasyon, Mga Karapatan ng Pasyente, at Pagiging Kumpidensyal

- Maaari kang mag-apply para sa tulong pinansyal anumang oras sa proseso ng pangongolekta.
- Hindi mo kailangang magbayad sa ospital na ito hanggang hindi ka nakakatanggap ng desisyon sa iyong aplikasyon para sa tulong pinansyal. Maaaring hindi ipasa ng mga ospital ang mga account sa koleksyon habang nakabinbin ang iyong aplikasyon.
- Kung tinanggihan kang bigyan ng tulong pinansyal, may karapatan kang umapela. Ang impormasyon kung paano ito gagawin ay isasama sa abiso ng ospital na matatanggap mo. Maaaring may karapatan kang iapela ang halaga ng iyong tulong pinansyal. Isasama ng ospital ang impormasyon kung paano mag-apela sa kanilang decision letter.
- Ang mga ospital ay hindi maaaring magpadala ng mga 'di-nabayaranang bills sa isang collection agency nang wala pang 180 araw pagkatapos ng iyong unang bill.
- Ang mga ospital ay pinagbabawalan na gumawa ng legal na aksyon, kabilang ang paghahain ng mga kaso, upang mabawi ang mga 'di-nabayaranang medical bills para sa mga pasyenteng mas mababa sa 400% ng pederal na antas ng kahirapan (federal poverty level). Ang mga alituntunin ukol sa kahirapan ay matatagpuan dito: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Ang anumang impormasyon na ibinigay sa aplikasyong ito ay gagamitin lamang ng ospital upang matukoy ang iyong eligibility sa tulong pinansyal at mananatiling kumpidensyal sa saklaw na pinahihintulutan ng batas.
- Hindi ka maaaring tanggiin ng isang ospital ng mga serbisyong medikal na kinakailangan mo dahil mayroon kang natitirang bayaring medikal.
- Kung kailangan mo ng tulong sa aplikasyon na ito, **mangyaring makipag-ugnayan sa Financial Assistance Office ng Northwell Health sa (800) 995-5727.**
- Mangyaring isumite ang iyong aplikasyon sa pamamagitan ng pakikipag-usap sa isang kinatawan sa numero ng telepono sa itaas, online sa <https://www.northwell.edu/assistance>, o sa pamamagitan ng koreo sa Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- Kung kailangan mo ng karagdagan tulong sa aplikasyon na ito o sa pag-apela ng desisyon, maaari kang tumawag sa Community Health Advocates: 888-614-5400.

Eligibility o Pagiging Karapat-dapat

Walang naglilimita sa kakayahan ng ospital sa pagtukoy ng eligibility ng pasyente para sa mga diskwento sa pagbabayad sa mga antas ng kita na mas mataas kaysa sa mga tinukoy sa ibaba at/o magbigay ng mas malaking diskwento sa pagbabayad para sa mga eligible na pasyente kaysa sa kinakailangan ng Public Health Law. Bilang karagdagan, ang katayuan ng imigrasyon o immigration status ng isang pasyente ay 'di-dapat maging pamantayan sa eligibility para sa tulong pinansyal.

Ang mga sumusunod na indibidwal ay eligible:

- Mga tao na may mababang kita na walang health insurance; o
- mga ndibidwal na underinsured o kulang sa insurance (may out-of-pocket na mga gastusing medikal na naipon sa nakaraang labindalawang buwan na umabot sa mahigit sampung porsyento ng gross annual income ng naturang indibidwal); o
- yaong mga naubos na ang kanilang benefits sa health insurance, at maaaring magpakita ng kawalan ng kakayahang magbayad ng buong singilin; o
- sa pagpapasya ng ospital, ang mga tao na maaaring magpakita ng kawalan ng kakayahang magbayad ng kanilang co-pay at/o deductible ay maaaring humiling ng binawasan o may diskwentong pagbabayad.

Ang mga indibidwal na hanggang 400% ng pederal na antas ng kahirapan ay eligible para sa tulong pinansyal.

MINIMUM ELIGIBILITY AT MGA ALITUNTUNIN

(MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Mga Antas ng Pederal na Kahirapan (2025)			
Laki ng Sambahayan	200%	300%	400%
1 Tao	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 Katao	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 Katao	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 Katao	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 Katao	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 Katao	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 Katao	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Ina-update bawat taon: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Minimum na Mga Rate ng Diskwento

Kung ikaw ay kwalipikado para sa tulong pinansyal, ang iyong mga singil ay mababawasan ayon sa iyong kita sa isang sliding fee scale tulad ng sumusunod:

Antas ng Kita	Pagbabayad
Mas mababa sa 200% FPL	Waived lahat ng charges
200% - 300% FPL	Mga pasyenteng walang insurance: Sliding scale na hanggang 10% ng halagang babayaran sana para sa (mga) serbisyo sa pamamagitan ng Medicaid. Mga pasyenteng kulang sa insurance: Hanggang sa maximum na 10% ng halagang babayaran sana alinsunod sa insurance cost sharing ng naturang pasyente.
301% - 400% FPL	Mga pasyenteng walang insurance: Sliding scale na hanggang 20% ng halagang babayaran sana para sa (mga) serbisyo ng Medicaid. Mga pasyenteng kulang sa insurance: Hanggang sa maximum na 20% ng halagang babayaran sana alinsunod sa insurance cost sharing ng naturang pasyente.

Maaaring piliin ng mga ospital na magbigay ng mas malaking diskwento para sa mga eligible na pasyente at/o mag-aalok ng mga diskwento sa pagbabayad para sa mga pasyente sa mas mataas na antas ng kita.

Mga Installment Plan

Ang mga installment plan ay available sa mga pasyente na hindi kayang bayaran ang reduced rate nang sabay-sabay. Ang buwanang pagbabayad ay hindi maaaring lumampas sa 5% ng iyong gross monthly income at ang rate ng interes na sinisingil sa pasyente sa hindi nabayaranang balanse, kung mayroon man, ay hindi dapat lumampas sa 2%.

PAGHILING NG KATIBAYAN NG KITA NG SAMBAHAYAN (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Mangyaring isama ang impormasyon sa kita para sa pasyente, kanilang asawa, at sinumang dependent (tulad ng mga anak). Halimbawa, isasama rito ang lahat ng nasa parehong tax return (tax filer, asawa, at mga tax dependent) sa pagkalkula ng kita ng sambahayan.

Ang sumusunod ay listahan ng mga dokumento na magagamit mo upang patunayan ang iyong kita. Hindi mo kailangang ibigay ang lahat ng dokumentong ito. Maaari ka ring magbigay ng pahayag na walang kita ang sambahayan kung wala kang kita.

Maaari mo ring ibigay ang pahina ng pagpapasya sa pagiging Karapat-dapat (Eligibility determination page) mula sa NY State of Health Marketplace. Kung mayroon ka ng dokumentong ito, hindi mo kailangang magbigay ng anumang ibang impormasyon sa kita na nakalista sa ibaba sa ospital.

Kung Tumatanggap ang Sambahayan ng:	Halaga bawat Buwan:	Maaaring Magbigay ang Aplikante ng:
Mga Suweldo	\$	Mangyaring magbigay ng isang Paycheck Stub, o Sulat mula sa Employer sa letterhead ng kumpanya, na may pirma at petsa, o pinakahuling income tax return.
Kita mula sa Social Security	\$	Kopya ng award letter/certificate, o sulat mula sa U.S. Social Security Administration, o taunang sulat ukol sa benefit. Upang humingi ng kopya ng iyong Social Security benefit letter, tumawag sa 1-800-772-1213 o bisitahin ang www.ssa.gov .
Kabayaran sa Pagkawala ng Trabaho	\$	Kopya ng award letter/certificate, o buwanang benefit statement mula sa NYS Department of Labor, o Kopya ng Direct Payment Card na may printout, o Correspondence mula sa NYS Department of Labor, o Printout ng recipient account information mula sa website ng NYS Department of Labor (www.labor.state.ny.us).
Disability Payment	\$	Kopya ng award letter/certificate, o correspondence mula sa Social Security Administration, o kopya ng taunang sulat ukol sa benefit. Upang humiling ng kopya ng iyong sulat ukol sa benefit, tumawag sa 1-800-772-1213 o bisitahin ang www.ssa.gov .
Workers Compensation	\$	Kopya ng Award Letter o Check stub.
Alimony/Child Support	\$	Kopya ng court order, o 3 buwan ng mga nai-cash na tseke/resibo.
Mga Dividend/Interest	\$	Mga quarterly dividend statement o 1 month statement.
Iba pa	\$	Sulat na nagsasaad ng halaga ng mga kita na hindi sahod (kung mayroon man), tulad ng kita sa pag-upa, pera para sa mga odd jobs, at iba pa.
Walang Income	\$0	Pinirmahan na pahayag na walang kita.

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.