

## NEW YORK EYALETİ STANDART HASTANE MALİ YARDIM BAŞVURUSU (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Sigortanız yoksa, sigortanız bittiyse ya da sigortanız bulunuyor ancak gelirinizin %10'undan fazla tıbbi harcama yaptığınızda dair kanıt bulunuyorsa faturalarınızı ödemek üzere hastane mali yardımından faydalanmaya hak kazanabilirsiniz. Bu formu tamamlayarak hastane mali yardım talebinizi başlatabilirsiniz. Bu form, New York Eyaleti'ndeki tüm hastanelerde kullanılmaktadır.

*Bu başvuru formu, hastanenin hizmet verdiği hastaların en yaygın<sup>1</sup> konuştuğu dillerde basılmalıdır.*

### Hastanın Tam Adı (uygun olan bilgileri doldurun)

Hastanın Tam Adı (İlk adı, İkinci Adı, Soyadı)		
Doğum Tarihi (ay/gün/yıl şeklinde yazınız)		
Adres	Apartman/Daire No.	
Şehir	Eyalet	Posta Kodu
İrtibat Numarası		
Ebeveyn/Vasi veya Yasal Temsilci Adı (eğer hasta reşit olmayan bir çocuk ya da kısıtlı bir yetişkin ise)		
E-posta Adresi (varsa)		

### Aile Bilgileri:

Lütfen aşağıya hanenizde yaşayan tüm aile üyelerini yazınız. Haneniz; sizi, eşinizi veya birlikte yaşadığınız partnerinizi ve bakmakla yükümlü olduğunuz çocuklar ya da diğer bireyleri içerir. Örneğin, bu liste aynı vergi beyannamesinde yer alan herkesi kapsar.

Brüt gelir, vergiler düşülmeden **önceki** gelirinizdir.

Brüt gelir, iş kazançlarından (maaş, ücret, bahşiş, serbest meslek kazançları), kazanılmamış gelirlerden (sosyal güvenlik, maluliyet ve işsizlik yardımları), katkılardan (aile veya arkadaşlardan alınan para) ve diğer gelir kaynaklarından (geçici yardım ve ek sosyal güvenlik geliri) oluşabilir.

<sup>1</sup> "Yaygın diller," yıllık hasta ziyaretlerinin en az %5'inde iletişim kurmak için kullanılan herhangi bir dili veya ana hastane hizmet bölgesi nüfusunun en az %1'i tarafından konuşulan ve Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Sayım Bürosu tarafından sağlanan demografik verilere dayalı olarak hesaplanan, okul sistemlerinden alınan verilerle desteklenen herhangi bir dili kapsar.

## NEW YORK EYALETİ STANDART HASTANE MALİ YARDIM BAŞVURUSU (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Tam Adı	Yakınlığı	Toplam Brüt Gelir (Güncel)
	Kendisi	

Hastane; maaş bordrosu, uygun görülürse işvereninizden alınacak bir yazı veya 1040 Formu gibi belgelerle gelirinizi ispat etmenizi talep edebilir.

### Sağlık Sigortası Durumu

Medicaid, Medicare veya işvereniniz aracılığıyla ya da bireysel olarak aldığınız özel sağlık sigortası da dahil olmak üzere herhangi bir sağlık sigortanız var mı?

Evet  Jo

Eğer "Hayır" yanıtını verdiyseniz, bu programlardan herhangi birine başvurmanız için yardım almak ister misiniz?

Evet  Jo

### Sigortası Yetersiz Hastalar: Sigortası olan ancak tıbbi giderleri yüksek olan kişiler.

Eğer sigortanız varsa, lütfen son 12 ay içinde ödediğiniz sağlık hizmetleri faturaların tahmini tutarını belirtin.

\$
----

Hastane, ödenmiş tıbbi masraflarınızı kanıtlayan belgeler sunmanızı talep edebilir.

**Hastane/Sorumlu Kişi: Eğer imzalayan kişi hasta değilse, formu imzalayan kişinin adını ve hangi yetkiye dayanarak hasta adına imza attığını (örn. eş, ebeveyn, yasal temsilci) belirtin.**

Gönderdiğim bilgilerin harici kaynaklardan doğrulamaya tabi tutulabileceğini anlıyorum. Verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu onaylıyorum.

Hasta/Temsilci/Akraba/Vasi (İmza)  
(Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))

Tarih  
(Date)

Zaman  
(Time)

Adı Yazdırın  
(Print Name)

Hasta değilse hasta ile ilişki  
(Relationship if other than patient)

## ASGARİ UYGUNLUK KRİTERLERİ VE YÖNERGELER (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

### Başvuru Zamanı, Hasta Hakları ve Gizlilik

- Borç tahsil sürecinin herhangi bir aşamasında mali yardım başvurusunda bulunabilirsiniz.
- Mali yardım başvurunuza ilişkin bir karar bildirimi size iletilene kadar bu hastaneye herhangi bir ödeme yapmanız gerekmez. Hastane, başvurunuz değerlendirme aşamasındayken borçlarınız için tahsilat süreci başlatamaz.
- Mali yardım başvurunuzun reddedilmesi halinde itiraz hakkınız bulunmaktadır. Nasıl itiraz edebileceğinize dair bilgiler hastanenin size göndereceği bildirimde dahil edilecektir. Mali yardım tutarınıza itiraz etme hakkınız olabilir. Hastane, itiraz süreci hakkında bilgileri karar mektubuna dahil edecektir.
- Hastaneler, ilk faturanızdan itibaren en az 180 gün boyunca ödenmemiş faturaları bir tahsilat ajansına gönderemez.
- Hastaneler, federal yoksulluk seviyesinin %400'ünün altında olan hastalardan ödenmemiş tıbbi faturaları tahsil etmek için dava açmak da dahil olmak üzere yasal işlem başlatamaz. Yoksulluk seviyeleriyle ilgili yönergelere buradan ulaşabilirsiniz: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Bu başvuruda sağlanan herhangi bir bilgi yalnızca hastane tarafından mali yardım uygunluğunuzu belirlemek için kullanılacak ve yasaların izin verdiği ölçüde gizli tutulacaktır.
- Hastane, ödenmemiş tıbbi faturalarınız olsa bile tıbbi açıdan gerekli hizmetleri sağlamayı reddedemez.
- Bu başvuruyla ilgili yardıma ihtiyacınız varsa, **lütfen (800) 995-5727 telefon numarasından Northwell Health Mali Yardım Ofisi ile iletişime geçin.**
- Lütfen başvurunuzu yukarıdaki telefon numarasından bir temsilciyle görüşerek, çevrimiçi olarak <https://www.northwell.edu/assistance> adresinden veya posta yoluyla Northwell Health Mali Yardım Birimi'ne (Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747) göndererek tamamlayın.
- Bu başvuruyla ilgili ek yardıma veya bir karara itiraz etme konusunda desteğe ihtiyacınız varsa, Community Health Advocates (Toplum Sağlığı Savunucuları) ile iletişime geçebilirsiniz: 888-614-5400.

### Uygunluk

Hiçbir durum, hastanenin aşağıda belirtilen gelir seviyelerinin üzerinde ödeme indirimleri sunma veya kamu sağlık yasasının gerektirdiğinden daha fazla ödeme indirimi sağlama yetisini sınırlamaz. Ayrıca, göçmenlik statüsü mali yardım uygunluğunu belirleme kriteri olarak kullanılamaz.

Aşağıdaki kişiler mali yardıma hak kazanabilir:

- Düşük gelirliler ve sağlık sigortası olmayan kişiler; ya da
- son on iki ay içinde kendi yıllık brüt gelirlerinin %10'undan fazla tıbbi masrafı cebinden ödeyen sigortası yetersiz kişiler; ya da
- sağlık sigortası biten ve tam ücret ödeme gücüne sahip olmadığını kanıtlayabilen kişiler; ya da
- hastanenin takdirine bağlı olarak, katılım payını ve/veya kesintiyi ödeme gücü olmadığını kanıtlayabilen kişiler, indirimli ödeme talep edebilir.

Geliri federal yoksulluk seviyesinin %400'üne kadar altında olan kişiler mali yardıma hak kazanır.

## ASGARİ UYGUNLUK KRİTERLERİ VE YÖNERGELER (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

Federal Yoksulluk Seviyeleri (2025)			
Hanedeki Kişi Sayısı	%200	%300	%400
1 Kişi	31.300 \$	46.950 \$	62,600 \$
2 Kişi	42.300 \$	63.450 \$	84,600 \$
3 Kişi	53.300 \$	79.950 \$	106,600 \$
4 Kişi	64.300 \$	96.450 \$	128,600 \$
5 Kişi	75.300 \$	112.950 \$	150,600 \$
6 Kişi	86.300 \$	129.450 \$	172,600 \$
7 Kişi	97.300 \$	145.950 \$	194,600 \$

Her yıl güncellenmektedir: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

### Asgari İndirim Oranları

Mali yardıma hak kazanırsanız, gelir seviyenize bağlı olarak kademeli bir ölçüğe göre ücretlerde aşağıdaki şekilde indirim uygulanacaktır:

Gelir Seviyesi	Ödeme
Federal Yoksulluk Seviyesinin %200 altında	Hiçbir ödeme alınmaz
%200 - %300 Federal Yoksulluk Seviyesi	Sigortasız hastalar: Medicaid tarafından hizmet(ler) için ödenecek tutarın en fazla %10'una kadar kademeli indirim uygulanır. Sigortası yetersiz hastalar: Hastanın sigorta maliyet paylaşımına göre ödenecek tutarın en fazla %10'una kadar indirim uygulanır.
%301 - %400 Federal Yoksulluk Seviyesi	Sigortasız hastalar: Medicaid tarafından hizmet(ler) için ödenecek tutarın en fazla %20'sine kadar kademeli indirim uygulanır. Sigortası yetersiz hastalar: Hastanın sigorta maliyet paylaşımına göre ödenecek tutarın en fazla %20'sine kadar indirim uygulanır.

Hastaneler, uygun hastalar için daha yüksek indirimler sağlayabilir ve/veya daha yüksek gelir seviyesindeki hastalara ödeme indirimleri sunabilir.

### Taksit Planları

İndirimli ücreti tek seferde ödeyemeyen hastalar için taksit planları mevcuttur. Aylık ödemeler, aylık brüt gelirinizin %5'ini aşamaz ve varsa hastaya ödenmemiş bakiye üzerinden uygulanacak faiz oranı %2'yi geçemez.

## HANE GELİRİNİ KANITLAMA TALEBİ

(REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

Lütfen hasta, eşi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere (çocuklar gibi) ait gelir bilgilerini ekleyin. Örneğin, bu hesaplama vergi beyannamesinde yer alan herkes (vergi mükellefi, eşi ve vergiye tabi bağımlı kişiler) dahildir.

Gelir ispatı olarak kullanabileceğiniz belgelerin listesini aşağıda bulabilirsiniz. Bu belgelerin tümünü sağlamak zorunda değilsiniz. Ayrıca geliriniz yoksa, hane gelirinizin olmadığını belirten bir beyan sunabilirsiniz.

NY Eyaleti Sağlık Sigortası Platformu'ndan (NY State of Health Marketplace) alınan Uygunluk belgesini de sunabilirsiniz. Eğer bu belgeye sahipseniz, aşağıda listelenen diğer gelir bilgilerini hastaneye vermeniz gerekmez.

Hane Halkının Gelir Kaynakları:	Aylık Tutar:	Başvuru Sahibinin Sunabileceği Belge(ler):
Maaşlar	\$	Lütfen bir maaş bordrosu, şirketin antetli kağıdına yazılmış, tarihli ve imzalı işveren mektubu veya en son doldurulmuş gelir vergisi beyannamesini ibraz edin.
Sosyal Güvenlik Ödemesi	\$	ABD Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan alınan ödenek onay mektubu / sertifikası veya yıllık destek ödemesi mektubunun bir nüshası. Sosyal Güvenlik destek ödemesi mektubunuzun bir nüshasını talep etmek için 1-800-772-1213 numaralı telefonu arayabilir veya <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> adresini ziyaret edebilirsiniz.
İşsizlik Tazminatı	\$	New York Eyaleti Çalışma Bakanlığı'ndan alınan ödenek onay mektubu / sertifikası veya aylık destek bildirim, Doğrudan Ödeme Kartı çıktısı, New York Eyaleti Çalışma Bakanlığı'ndan gelen yazışmalar veya alıcının hesap bilgilerini içeren New York Eyaleti Çalışma Bakanlığı'nın internet sitesinden alınmış çıktı ( <a href="http://www.labor.state.ny.us">www.labor.state.ny.us</a> ).
Maluliyet Ödemesi	\$	ABD Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan alınan ödenek onay mektubu / sertifikası veya yazısı ya da yıllık destek ödemesi mektubunun bir nüshası. Sosyal Güvenlik destek ödemesi mektubunuzun bir nüshasını talep etmek için 1-800-772-1213 numaralı telefonu arayabilir veya <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> adresini ziyaret edebilirsiniz.
İşçi Tazminatı	\$	Ödenek Onay Mektubu ya da Maaş Bordrosu nüshası.
Nafaka / Çocuk Desteği Ödemesi	\$	Mahkeme kararının veya son 3 aya ait tahsil edilmiş çeklerin / makbuzların nüshası.
Temettüler / Faiz Geliri	\$	Üç aylık temettü hesap dökümleri veya 1 aylık hesap dökümü.
Diğer	\$	Kira geliri, varsa geçici işler için alınan nakit gibi ücret dışı kazançların miktarını belirten mektup.
Gelir Yok	0\$	Geliri olmadığına dair imzalı beyan.

## 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	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 <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.