

NYS اسپتال کی یکساں مالی امدادی درخواست (NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

آپ اپنے بلوں کی ادائیگی کے لیے اسپتال کی مالی امداد کے اہل ہو سکتے ہیں، اگر آپ بیمہ شدہ نہیں ہیں، اگر آپ کا بیمہ ختم ہو چکا ہے یا اگر آپ کے پاس صحت بیمہ ہے لیکن آپ کے پاس آپ کی کل آمدنی کے 10% سے زیادہ طبی اخراجات کا ثبوت ہے۔ اس فارم کی تکمیل سے اسپتال کی مالی امداد کے لیے آپ کی درخواست کی شروعات ہو جائے گی۔ یہ فارم نیو یارک اسٹیٹ کے تمام اسپتالوں میں استعمال کیا جاتا ہے۔

اس درخواست کو اسپتال سے مستفید مریضوں کی بولی جانے والی بنیادی¹ زبانوں میں لازماً چھاپا جائے۔

مریض کا نام (مکمل قابل اطلاق معلومات)

مریض کا نام (پہلا، درمیانی، آخری نام)	
تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال)	
اپارٹمنٹ/یونٹ #	پتہ
ریاست	شہر
زپ	
رابطہ کا فون #	
والدین/سرپرست یا قانونی نمائندے کا نام (اگر مریض نابالغ بچہ یا معذور بالغ ہے)	
ای میل ایڈریس (اگر کوئی ہے)	

اہل خانہ کی معلومات:

براہ کرم اپنے اہل خانہ کے تمام افراد کے نام درج کریں۔ آپ کے اہل خانہ میں خود آپ، آپ کی بیوی، یا گھریلو رفیق اور کوئی بچہ یا دیگر زیر کفالت افراد۔ مثلاً اس میں ہر وہ شخص شامل ہوگا جس کا نام اس ٹیکس ریٹرن میں درج ہو۔

مجموعی آمدنی کا مطلب ہے ٹیکسوں کٹنے سے پہلے آپ کی آمدنی۔

مجموعی آمدنی میں کام سے حاصل ہونے والی کمائی (اجرتیں، تنخواہیں، بخششیں، خود روزگاری سے ہونے والی آمدنی) غیر کمائی والی آمدنی (سوشل سیکیورٹی، معذوری اور بے روزگاری کے مراعات)، تعاون کی رقم (اہل خانہ یا دوستوں کی طرف سے) اور دیگر ذرائع آمدنی (عارضی امداد اور اضافی سیکیورٹی آمدنی) شامل ہو سکتی ہے۔

¹ "بنیادی زبان" میں ایسی کوئی بھی زبان شامل ہو سکتی ہے جو مریضوں کی کم سے کم سالانہ 5% ملاقاتوں میں تبادلہ خیال کے لیے استعمال کی جاتی ہو یا کوئی زبان جو امریکی بیورو (مجلس) مردم شماری سے دستیاب آبادیاتی معلومات کی مدد سے شمار کردہ اسکول سسٹمز کے اعداد و شمار سے تکملہ شدہ اسپتال کی بنیادی خدمت کے علاقے کی 1% سے زیادہ آبادی ہوتی ہو۔

NYS اسپتال کی یکساں مالی امدادی درخواست
(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

پورا نام	رشتہ	کل مجموعی آمدنی (موجودہ)
	خود	

اسپتال آپ سے آمدنی کے ثبوت کے طور پر دستاویزات جمع کرنے کی درخواست کر سکتا ہے؛ دستاویزات کی مثالوں میں تنخواہ کی رسید، اگر اطلاق ہو تو اپنے آجر سے حاصل کیا ہوا مراسلہ یا فارم 1040۔

صحت بیمہ کا اسٹیٹس

کیا آپ کے پاس کسی طرح کا صحت بیمہ ہے جس میں میڈی کیڈ، میڈی کیئر یا اپنے آجر کے ذریعے نجی بیمہ یا اپنے ذاتی خرچ سے خریدا گیا بیمہ شامل ہیں؟

ہاں نہیں

اگر آپ کا جواب "نہیں" میں ہے تو کیا آپ ان میں سے کسی پروگرام کے لیے درخواست دینے میں مدد لینا پسند کریں گے؟

ہاں نہیں

کم بیمہ والے مریض: بیمہ رکھنے والے اور زیادہ طبی اخراجات والے لوگ۔
اگر آپ کے پاس بیمہ ہے تو براہ کرم ان طبی بلوں کا تخمینہ فراہم کریں جن کی ادائیگی آپ نے گزشتہ 12 ماہ میں کی ہے۔

\$

اسپتال آپ سے ادائیگی شدہ طبی اخراجات کے ثبوت کے طور پر دستاویزات داخل کرنے کی درخواست کر سکتا ہے۔

مریض/ذمہ دار فریق: اگر مریض نہیں، تو اس شخص کا نام جس نے اس فارم پر دستخط کیا ہے اور مریض کی طرف سے دستخط کرنے کے اس کے اختیار کی نوعیت درج کریں (مثلاً شوہر بیوی، والدین، قانونی نمائندہ)۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری داخل کردہ معلومات کی خارجی ذرائع تصدیق کی جا سکتی ہیں۔ میں اس کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہ معلومات میرے علم کی حد تک درست اور مکمل ہیں۔

پرینٹ نام (Print Name)	وقت (Time)	تاریخ (Date)	مریض/ایجنٹ/رشتہ دار / سرپرست (دستخط) (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))
---------------------------	---------------	-----------------	---

اگر مریض کے علاوہ کوئی ہو تو اس سے رشتہ
(Relationship if other than patient)

کم سے کم اہلیت اور رہنما خطوط (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

درخواست کے اوقات ، مریض کے حقوق اور راز داری

- آپ کلیکشن کے عمل کے دوران کسی بھی وقت مالی امداد کی درخواست دے سکتے ہیں۔
- تاوقتیکہ آپ کو مالی امداد کے لیے اپنی درخواست پر ہوئے فیصلے کی اطلاع نہ مل جائے آپ کو اس اسپتال کو کوئی ادائیگی نہیں کرنی ہے۔ اس دوران کہ آپ کی درخواست پر ابھی فیصلہ باقی ہے اسپتالوں کو اس کی اجازت نہیں ہے کہ وہ کھاتوں (اکاؤنٹس) کو کلیکشن میں بھیجیں۔
- اگر آپ کو مالی امداد دنیے سے انکار کر دیا جائے تو آپ کو اپیل کرنے کا حق ہے۔ ایسا کرنے کے طریقہ سے متعلق معلومات آپ کو موصول ہونے والے اسپتال کے اطلاع نامہ میں شامل کی جائیں گی۔ آپ کو اپنی مالی امداد کی رقم پر درخواست کرنے کا حق حاصل ہو سکتا ہے۔ اسپتال فیصلے سے متعلق اپنے مراسلے میں اس بارے میں معلومات شامل کرے گا کہ اپیل کیسے کی جائے۔
- اسپتال آپ کے پہلے بل سے کم از کم 180 دن بعد کسی کلیکشن ایجنسی کو غیر ادائیگی شدہ بل ارسال نہیں کر سکتے۔
- اسپتالوں کے لیے وفاقی سطح افلاس کے 400% سے نیچے کے مریضوں کے غیر ادائیگی شدہ بلوں کی وصولی کے لیے قانونی کارروائی کرنا جس میں مقدمہ دائر کرنا بھی شامل ہے ممنوع ہے۔ افلاس سے متعلق رہنما خطوط یہاں دیکھے جا سکتے ہیں:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کا استعمال اسپتال صرف آپ کی مالی امداد کے لیے اہلیت کے تعین کے لیے کرے گا اور یہ قانون کی اجازت کی حد تک خفیہ رہے گا۔
- کوئی اسپتال آپ کو طبی طور پر ضروری خدمات سے اس لیے محروم نہیں کر سکتا کہ آپ کا کوئی طبی بل واجب الادا ہے۔
- اگر آپ کو درخواست سے متعلق مدد درکار ہے، تو براہ کرم **995-5727 (800)** پر نارتھ ویل ہیلتھس فنانشیل اسسٹنس آفس سے رابطہ کریں۔
- براہ کرم اپنی درخواست مندرجہ بالا فون نمبر پر کسی نمائندے سے بات کر کے، <https://www.northwell.edu/assistance> پر آن لائن، یا نارتھ ویل ہیلتھ فنانشیل اسسٹنس یونٹ (Northwell Health Financial Assistance Unit)، P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747 پر بذریعہ ڈاک جمع کروائیں۔
- اگر آپ کو اس درخواست یا کسی فیصلے سے متعلق مواقعے میں مدد کے لیے اضافی معلومات درکار ہو تو آپ کمیونٹی ہیلتھ ایڈوکیسی سے رابطہ کر سکتے ہیں: 888-614-5400۔

اہلیت

- لاذیل میں وضاحت کردہ سطحوں سے زیادہ آمدنی کی سطحوں پر ادائیگی کی رعایتوں کے لیے مریض کی اہلیت کے تعین کے لیے اور/یا اہل مریضوں کے لیے صحت عامہ کے قانون کے مطابق مطلوب رعایتوں سے زیادہ ادائیگی کی رعایتیں فراہم کرنے کے لیے کوئی بات اسپتال کی صلاحیت کو محدود نہیں کرتی۔ اس کے علاوہ، مالی امداد کے تعین کے لیے امیگریشن کا اسٹیٹس اہلیت کا معیار نہیں بنے گی۔
- مندرجہ ذیل افراد اہل ہیں:
- کم آمدنی والے افراد جن کے پاس صحت بیمہ نہیں ہے؛ یا
- کم بیمہ شدہ افراد (گزشتہ بارہ ماہ میں جب سے ادا کیے گئے طبی اخراجات جو ایسے افراد کی مجموعی سالانہ آمدنی کے دس فیصد سے زیادہ ہوتے ہوں)؛ یا
- وہ افراد جن کی مراعات بیمہ ختم ہو چکی ہوں اور جو پورے اخراجات ادا کرنے سے اپنی معذوری ثابت کر سکتے ہوں؛ یا
- اسپتال کی ہدایت پر اپنی مقررہ رقم مشترک اور/یا قابل منہائی رقم کی ادائیگی سے معذوری ثابت کر سکنے والے افراد تخفیف شدہ یا رعایت شدہ ادائیگی کی درخواست کر سکتے ہیں۔
- وفاقی سطح افلاس کی 400% والے افراد مالی امداد کے لیے اہل ہیں۔

کم سے کم اہلیت اور رہنما خطوط (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

وفاقی افلاس کی سطحیں (2025)			
400%	300%	200%	اہل خانہ کے افراد کی تعداد
\$ 62,600	\$ 46,950	\$ 31,300	1 شخص
\$ 84,600	\$ 63,450	\$ 42,300	2 اشخاص
\$ 106,600	\$ 79,950	\$ 53,300	3 اشخاص
\$ 128,600	\$ 96,450	\$ 64,300	4 اشخاص
\$ 150,600	\$ 112,950	\$ 75,300	5 اشخاص
\$ 172,600	\$ 129,450	\$ 86,300	6 اشخاص
\$ 194,600	\$ 145,950	\$ 97,300	7 اشخاص

سالانہ تجدید شدہ: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

کم ترین رعایتی شرحیں

اگر آپ مالی امداد کے اہل پائے جاتے ہیں تو آپ کے واجبات میں حسب ذیل فیس کے قابل تبدیل پیمانے کے مطابق تخفیف کر دی جائے گی:

ادائیگی	آمدنی کی سطح
تمام واجبات معاف کریں	FPL 200% سے نیچے
غیر بیمہ شدہ افراد: اس رقم کا 10% تک سلائیڈنگ اسکیل جس کی ادائیگی سروس (سروسز) کے لیے میڈی کیڈ (Medicaid) کے ذریعہ کی گئی ہو۔ کم بیمہ والے مریض: اس رقم کا زیادہ سے زیادہ 10% تک جو اس طرح کے مریض کی انشورنس لاگت کے اشتراک کے مطابق ادا کی گئی ہوگی۔	FPL 300% - 200%
غیر بیمہ شدہ مریض: اس رقم کا زیادہ سے زیادہ 20% تک سلائیڈنگ اسکیل جو میڈی کیڈ (Medicaid) کے ذریعہ سروسز (سروسز) کے لیے ادا کی گئی ہوگی۔ کم بیمہ والے مریض: اس رقم کا زیادہ سے زیادہ 20% تک جو اس طرح کے مریض کی انشورنس لاگت کے اشتراک کے مطابق ادا کی گئی ہوگی۔	FPL 400% - 301%

اسپتالوں کو اہل مریضوں کے لیے زیادہ سے زیادہ رعایتیں فراہم کرنے یا آمدنی کی اونچی سطحوں والے مریضوں کے لیے ادائیگی میں رعایت فراہم کرنے کی اجازت ہے۔

قسطوں کے پلان

قسطوں کے پلان ان مریضوں کو دستیاب ہیں جو ایک ہی بار میں رعایتی شرح سے ادائیگی کے قابل نہ ہوں۔ ماہانہ ادائیگیاں آپ کی مجموعی ماہانہ آمدنی کے 5% سے زیادہ نہیں ہو سکتیں اور کسی بھی غیر ادا شدہ بقائے پر اصول کیا جانے والا سود 2% سے زیادہ نہیں ہوگا۔

گھریلو آمدنی کے ثبوت کی درخواست (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

براہ کرم مریض، ان کی بیوی/ شوہر اور ان کے زیر کفالت کسی افراد (مثلاً بچے) کی آمدنی سے متعلق معلومات شامل کریں۔ مثلاً، گھریلو آمدنی کا حساسب لگانے میں، اس میں وہ تمام افراد شامل ہوں گے جو ایک ہی ٹیکس ریٹرن میں شامل ہیں (ٹیکس فائلر، شریک حیات، اور ٹیکس پر منحصر افراد)۔

ذیل میں ان دستاویزات کی فہرست دی جا رہی ہے جن کا استعمال آپ اپنی آمدنی کے ثبوت کے لیے کر سکتے ہیں۔ آپ کو یہ تمام دستاویزات فراہم نہیں کرنے ہوں گے۔ اگر آپ کی کوئی آمدنی نہ ہو تو آپ اہل خانہ کی کوئی آمدنی نہ ہونے کا بیان بھی دے سکتے ہیں۔

آپ NY اسٹیٹ آف ہیلتھ مارکٹ پلیس سے تعین اہلیت کا صفحہ بھی فراہم کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کے پاس یہ دستاویز ہے تو آپ کو اسپتال کو درجہ ذیل کسی بھی دیگر آمدنی کی معلومات فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

کیا اہل خانہ کو ملتے ہیں:	مابانہ رقم:	درخواست دہندہ فراہم کر سکتا ہے:
اجرتیں	\$	براہ کرم ایک (پے چیک اسٹیٹ)، یا کمپنی کے لیٹر ہیڈ پر آجر کا خط، دستخط شدہ اور تاریخ شدہ، یا حال ہی میں داخل کردہ انکم ٹیکس ریٹرن فراہم کریں۔
سوشل سیکیورٹی قسط کی ادائیگی	\$	ایوارڈ لیٹر / منظوری نامہ / تصدیق نامہ، یا امریکی سوشل سیکیورٹی انتظامیہ سے مراسلت کی نقل (کاپی)، یا سالانہ بینیفٹ لیٹر۔ اپنی سوشل سیکیورٹی مراعات سے متعلق مراسلے کی نقل (کاپی) طلب کرنے کے لیے 1-800-772-1213 پر فون کریں یا www.ssa.gov پر جائیں۔
بے روزگاری معاوضہ	\$	NYS ڈیپارٹمنٹ آف لیبر سے منظوری نامہ / تصدیق نامہ یا مابانہ گواہی مراعات کی نقل، یا NYS ڈیپارٹمنٹ آف لیبر سے ڈائرکٹ پیمٹ کارڈ مع پرنٹ آؤٹ، یا NYS ڈیپارٹمنٹ آف لیبر سے مراسلت کی نقل یا NYS ڈیپارٹمنٹ آف لیبر کی ویب سائٹ (www.labor.state.ny.us) سے وصول کنندہ کے کہاتے (اکاؤنٹ) کی معلومات کی نقل۔
معذوری کی ادائیگی	\$	سوشل سیکیورٹی انتظامیہ سے ایوارڈ لیٹر (منظوری نامہ) / تصدیق نامہ، یا مراسلت کی نقل، یا سالانہ مراعات نامہ کی نقل۔ اپنے مراعات نامے کی نقل طلب کرنے کے لیے 1-800-772-1213 پر فون کریں یا www.ssa.gov پر جائیں۔
معاوضہ محنت کشی	\$	ایوارڈ لیٹر یا چیک اسٹیٹ کی کاپی۔
ازدواجی معاوضہ/امداد اطفال	\$	کورٹ کے حکم نامے یا 3 ماہ کے نقد ادائیگی کے چیک / رسیدوں کی نقل۔
ڈیویڈنٹ/سود	\$	سہ ماہی ڈیویڈنٹ اسٹیٹمنٹس یا ایک ماہ کے اسٹیٹمنٹس۔
دیگر	\$	ایسا خط جس میں غیر اجرتی آمدنی کی رقم بیان کی گئی ہو (اگر کوئی ہو)، جیسے کرایے کی آمدنی، غیر رسمی ملازمتوں سے حاصل ہونے والی نقد رقم وغیرہ۔
کوئی آمدنی نہیں	\$0	کوئی آمدنی نہ ہونے کا دستخط شدہ بیان۔

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.