

## دستور العمل های درخواست کمک مالی (Financial Assistance Application Instructions)

برنامه کمک مالی برای کمک به بیمارانی است که خدمات ضروری دارویی را دریافت نموده اند اما بیمه نیستند و یا از مزایای خود برای یک سرویس خاص خسته شده اند. واجد شرایط شدن برای این برنامه بر مبنای درآمد فعلی است و برای افرادی با درآمد خانوادگی کمتر از آنچه در زیر آمده است وجود دارد:

خانواده/ تعداد افراد خانواده	حداکثر درآمد خانواده (500% درصد از خط فقر فدرال در سال 2018)
1	\$60,300
2	\$81,200
3	\$102,100
4	\$123,000
5	\$143,900
6	\$164,800
برای هر فرد اضافی، اضافه کن	\$20,900

در زمان تکمیل درخواست کمک مالی لطفا به موارد زیر دقت شود:

- یک درخواست تا زمان دریافت تمامی مدارک تکمیل نخواهد شد. یک درخواست ناقص بررسی نخواهد شد و پروسه صدور صورتحساب بصورت روال عادی دنبال خواهد شد.
- **مدارک مورد نیاز:** کپی از چک، ته چک های پرداخت شده، اظهارنامه هایی که انواع درآمدهای گزارش شده در برگه درخواست مالی را پوشش دهد. بعلاوه، لطفا یک کپی از تمامی صورتحساب ها و یا اظهار نامه هایی که تمایل دارید که بعنوان بخشی از درخواست شما بررسی شوند ارائه گردد. توجه داشته باشید که ما حق درخواست اسناد و مدارک اضافی مربوط به دارایی برای بیماران با درآمد خانوار زیر 150% از خط فقر فدرال را داریم.
- زمانی که مدارک کامل شما را دریافت نمودیم، شما می توانید تا هنگام دریافت اطلاعیه چاپی در مورد وضعیت درخواست کمک مالی خود، هر صورتحسابی یا اظهار نامه ای رو نادیده بگیرید.
- از متقاضیان کمک مالی انتظار می رود که در درخواست برای هر برنامه بیمه سلامت حمایتی دولتی کاملا همکاری نمایند (از قبیل: خدمات درمانی، بعلاوه سلامت کودک و غیره...) که مرکز بهداشتی Northwell معتقد است که ممکن است برای شما مناسب باشد.
- لطفا درخواست خود را به آدرس زیر ارسال نمایید: Northwell Health  
 Financial Assistance Unit  
 PO Box 9001  
 Melville, NY 11747-9001

برای کسب اطلاعات بیشتر با شماره تلفن **1.800.995.5727** تماس بگیرید

## درخواست کمک مالی (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

اطلاعات متقاضی:

نام اولیاء/ قیم متقاضی \_\_\_\_\_ شماره تامین اجتماعی \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: ماه روز سال \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ زبان ترجیحی \_\_\_\_\_

آدرس منزل متقاضی، شهر، ایالت، کد پستی \_\_\_\_\_  
 تلفن تماس، تلفن منزل، تلفن محل کار \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 تلفن تماس، تلفن منزل، تلفن محل کار \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 آدرس ایمیل \_\_\_\_\_  
**اطلاعات بیمار:**

نام بیمار \_\_\_\_\_ شماره تامین اجتماعی \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: ماه روز سال \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 رابطه بیمار با متقاضی:  خود بیمار  همسر/شریک  والدین/ قیم قانونی  فرزند  دیگر موارد: \_\_\_\_\_  
 لطفا مشخص نمایید \_\_\_\_\_

لطفا تسهیلات مرکز پزشکی **NORTHWELL** را که بیمار صورت حساب و اریز نشده برای آن دارد را بیان نمایید:

تاریخ تقریبی استفاده از خدمات: \_\_\_\_\_ شماره حساب (ها): \_\_\_\_\_

تعداد افراد خانواده: اسامی وابستگی که در منزل متقاضی ساکن و مسولیت مالی آنها بر عهده متقاضی می باشد. برای هر کدام از وابستگان باکس متناسب را چک نمایید.

نام	سن	همسر/شریک	والدین	فرزند سایر موارد	رابطه
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

جمع درآمد ناخالص ماهیانه در 30 روز گذشته:

منبع درآمد	متقاضی/بیمار	همسر/ شریک زندگی
دستمزد	\$ _____	\$ _____
پرداخت های تامین اجتماعی	\$ _____	\$ _____
جبران خسارت بیکاری	\$ _____	\$ _____
ناتوانی پرداخت	\$ _____	\$ _____
غرامت کارگران	\$ _____	\$ _____
حمایت کودک/نفقه	\$ _____	\$ _____
سود سهام، بهره ها، درآمد اجاره	\$ _____	\$ _____
سایر	\$ _____	\$ _____

لطفا یک کپی از چک ها، خرده پرداخت ها و یا اظهار نامه پشتیبان برای درآمدهای گزارش شده ارائه گردد.

اینجانب به نماینده بیمه درمانی اجازه تماس با بنده بمنظور کمک برای درخواست بیمه سلامت مورد حمایت دولت را می دهم.

بهترین زمان تماس:  صبح  بعدازظهر  عصر  آخر هفته  هر موقع  تماس نگیرید با من

گواهی می دهم که اطلاعات و اسناد ارائه شده و پاسخ های داده شده همگی واقعی و صحیح می باشد عدم پرداخت هر صورت حساب چه تعدیل شده چه تطبیقی بنده را مشمول صدور صورت حساب و روش های وصول روال مرکز پزشکی **Northwell** خواهد کرد.

امضا متقاضی/ بیمار (والدین/ قیم قانونی برای کودکان صغیر) \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

درخواست تکمیل شده را به آدرس زیر ارسال نمایید: **Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. Box 9001, Melville, NY 11747-9001**

## Financial Assistance Application Instructions

The Northwell Health Financial Assistance Program is designed to help patients who have received medically necessary services but are uninsured or have exhausted their benefits for a particular service. Eligibility for the program is based on current income and is available to individuals with household incomes that are less than those shown below:

Household / Family Size	Maximum Household Income (500% 2018 of Federal Poverty Level)
1	\$60,700
2	\$82,300
3	\$103,900
4	\$125,500
5	\$147,100
6	\$168,700
For each additional person, add	\$21,600

When completing an application for Financial Assistance please remember the following:

- An application is not complete until all Required Documentation is received. An incomplete application **will not** be reviewed and the normal billing cycle will continue.
- **Required Documentation** – attach copies of checks, pay stubs or statements that support any of the types of income that are reported on your financial assistance application. In addition, please provide copies of all bills or statements that you would like reviewed as part of your application. Note that we reserve the right to request additional documentation related to assets for patients with household incomes under 150% of the Federal Poverty Level.
- Once we receive your completed application, you can disregard any bills / statements until you receive written notification regarding the status of your financial assistance application.
- Applicants for financial assistance are expected to fully cooperate in applying for any government sponsored health insurance program (e.g., Medicaid, Child Health Plus, etc.) that Northwell Health believes you may be eligible for.
- Please mail your application to: Northwell Health  
 Financial Assistance Unit  
 PO Box 9001  
 Melville, NY 11747-9001

**For more information please call 1.800.995.5727**

## FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

**Applicant's Information:**

Applicant's, Parent, Guardian Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ Preferred Language \_\_\_\_\_

Applicant's Home Address City State Zip Code \_\_\_\_\_

( ) - ( ) - \_\_\_\_\_  
 Cell, Home, Work Phone Number Cell, Home, Work Phone Number Email Address \_\_\_\_\_

**Patient's Information:**

Patient's Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_  
 Patient's Relationship to Applicant:  Self  Spouse/Partner  Parent/Legal Guardian  Child

Other: \_\_\_\_\_  
 Please Specify \_\_\_\_\_

**PLEASE STATE THE NORTHWELL HEALTH FACILITY THAT THE PATIENT HAS OUTSTANDING BILLS WITH:**

Approximate Date of Service: \_\_\_\_\_ Account Number(s): \_\_\_\_\_

**Total Household Size: List the dependents who reside in the applicant's house for which the applicant takes financial responsibility. Check the appropriate box for each dependent.**

Name	Age	Relationship			
		Spouse/Partner	Parent	Child	Other
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Total Gross Monthly Income for the last 30 days:**

Sources of Income	Applicant/Patient	Spouse/Live-in Partner
Wages	\$ _____	\$ _____
Social Security Payment	\$ _____	\$ _____
Unemployment Compensation	\$ _____	\$ _____
Disability Payment	\$ _____	\$ _____
Workers Compensation	\$ _____	\$ _____
Alimony/Child Support	\$ _____	\$ _____
Dividends, Interests, Rental Income	\$ _____	\$ _____
Other	\$ _____	\$ _____

Please provide copies of checks, paystubs, or statements to support all reported income.

I allow a health insurance representative to contact me to assist me in applying for government sponsored health insurance.

Best time to be reached:  Morning  Afternoon  Evening  Weekend  Anytime  Do NOT contact me

I certify that the information and documentation provided and that the answers given are truthful and accurate. My failure to pay any reduced or adjusted balance will subject me to the normal billing and collection practices of the Northwell Health.

X \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_  
 Applicant/Patient Signature (Parent/Legal Guardian for minor child) Date

**Mail Completed Application to: Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. Box 9001, Melville, NY 11747-9001**