

Instructions pour la demande d'aide financière (Financial Assistance Application Instructions)

Le programme d'aide financière de Northwell Health est conçu pour aider les patients qui ont reçu des services médicalement nécessaires mais qui n'ont pas d'assurance maladie ou qui ont épuisé leurs prestations pour un service particulier. L'admissibilité au programme est basée sur le revenu actuel et est disponible aux individus dont les revenus ménagers sont inférieurs à ceux indiqués ci-dessous :

Taille du ménage/de la famille	Revenu ménager maximum (en 2018, 500 % du seuil fédéral de la pauvreté)
1	\$60,300
2	\$81,200
3	\$102,100
4	\$123,000
5	\$143,900
6	\$164,800
Pour chaque personne supplémentaire, ajoutez	\$20,900

En remplissant une demande d'aide financière, veuillez tenir compte des points suivants :

- Une demande n'est pas complète tant que toute la documentation requise n'a pas été reçue. Une demande incomplète **ne sera pas** examinée et le cycle de facturation normal se poursuivra.
- **Documentation requise** – joignez des copies de chèques, de talons de feuilles de paie ou de relevés attestant de tous les types de revenus déclarés sur votre demande d'aide financière. De plus, veuillez fournir des copies de tous les relevés ou factures que vous voudriez soumettre pour examen dans le cadre de votre demande. Notez que nous nous réservons le droit de demander une documentation supplémentaire liée aux actifs des patients dont les revenus ménagers sont inférieurs à 150 % du seuil fédéral de la pauvreté.
- Une fois que nous avons reçu votre demande dûment remplie, vous pourrez ne pas tenir compte de tout relevé ou facture en attendant de recevoir un avis écrit concernant le statut de votre demande d'aide financière.
- Les demandeurs d'aide financière sont tenus de coopérer pleinement en soumettant une demande à tout programme d'assurance maladie financé par l'État (p. ex., Medicaid, Child Health Plus, etc.) auquel Northwell Health estime qu'ils sont admissibles.
- Veuillez envoyer votre demande par la poste à : Northwell Health
 Financial Assistance Unit
 PO Box 9001
 Melville, NY 11747-9001

Pour obtenir des informations supplémentaires, appelez le 1.800.995.5727

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