Northwell Health®

Mga Tagubilin sa Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong
(Financial Assistance Application Instructions)

Ang Northwell Health Financial Assistance Program ay dinisenyo upang tulungan ang mga pasyenteng nakatanggap ng mga medikal na kinakailangang serbisyo pero walang insurance o wala nang benefits para sa isang particular na serbisyo. Ang eligibility para sa programa ay batay sa kasalukuyang kita at ito'y makukuha ng mga indibidwal na may pangsambahayang kita na mas mababâ sa mga ipinapakita sa ibabâ:

Sambahayan / Kalakihan ng Pamilya	Pinakamataas na Kita ng Sambahayan (500% 2018 ng Federal Poverty Level)
1	$60,300
2	$81,200
3	$102,100
4	$123,000
5	$143,900
6	$164,800
Para sa bawat karagdagang tao, magdagdag ng	$20,900

Kapag kinukumpleto ang aplikasyon para sa Financial Assistance, mangyaring tandaan ang sumusunod:

- Ang aplikasyon ay hindi kompleto hangga't hindi natatanggap ang lahat ng mga Kinakailangang Dokumentasyon. Ang isang hindi kompletong aplikasyon **ay hindi** rerebyuhin at magpapatuloy ang normal na billing cycle.

- **Kinakailangang Dokumentasyon** – ilakip ang mga kopya ng mga tseke, pay stubs o statements na sumusuporta sa alinman sa mga uri ng kita na nakareport sa iyong aplikasyon para sa pinansiyal na tulong. Bukod pa rito, mangyaring magbigay ng mga kopya ng lahat ng bills o statements na gusto mong iparebyu bilang bahagi ng iyong aplikasyon. Tandaan na reserbado namin ang karapatang humingi ng karagdagang dokumentasyon hinggil sa assets para sa mga pasyenteng may sambahayang kita na mas mababâ sa 150% ng Federal Poverty Level.

- Oras na natanggap na namin ang iyong kompletong aplikasyon, hindi mo na kailangang pansinin ang anumang bills / statements hanggang natanggap mo ang nakasulat na paunawa hinggil sa status ng iyong aplikasyon para sa pinansiyal na tulong.

- Ang mga aplikante para sa pinansiyal na tulong ay inaasahang lubos na makipagkoopera sa pag-apply para sa anumang programa ng health insurance na inisponsor ng pamahalaan (halimbawa, Medicaid, Child Health Plus, atbp.) na sa paniniwala ng Northwell Health ay maaaring karapat-dapat mong matanggap.

- Mangyaring ipadala sa mail ang iyong aplikasyon sa: Northwell Health
  Financial Assistance Unit
  PO Box 9001
  Melville, NY 11747-9001

Para sa karagdagang impormasyon, mangyaring tumawag sa 1.800.995.5727

Northwell Health®

APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG
(FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

Impormasyon Ukol sa Aplikante:

_____ _____-_____-_____ _____/_____/_____ _____

Pangalan ng Aplikante, Magulang, Guardian | Social Security Number (Tagapag-alaga) | Petsa ng Kapanganakan: Buwan Araw Taon | Mas Gustong Wika

_____

Tirahan ng Aplikante, Lungsod, Estado, Zip Code

(_____) _____-_____ (_____) _____-_____ _____

Cell Phone, Telepono sa Bahay, sa Trabaho | Cell Phone, Telepono sa Bahay, sa Trabaho | Email Address

Impormasyon Ukol sa Pasyente:

_____ _____-_____-_____ _____/_____/_____

Pangalan ng Pasyente | Social Security Number | Petsa ng Kapanganakan: Buwan Araw Taon

Relasyon ng Pasyente sa Aplikante: ☐ Sarili ☐ Asawa/Kapareha (ka live-in) ☐ Magulang/Legal Guardian (Legal na Tagapag-alaga) ☐ Anak ☐ Iba pa: _____

Mangyaring Tukuyin

MANGYARING IPAHAYAG KUNG SAANG NORTHWELL HEALTH FACILITY ANG PASYENTE AY MAY BILLS NA HINDI PA NABABAYARAN:

_____

Mga Kailan Isinagawa ang Serbisyo: _____ (Mga) Account Number: _____

Kabuuang Kalakihan ng Sambahayan: Ilista ang dependents na naninirahan sa bahay ng aplikante para kung kanino may pinansiyal na pananagutan ang aplikante. Itsek ang angkop na kahon para sa bawat dependent.

Pangalan	**Edad**	**Relasyon** Asawa/Kapareha (Ka live-in)	Magulang	Anak	Iba pa
1. _____	_____	☐	☐	☐	☐
2. _____	_____	☐	☐	☐	☐
3. _____	_____	☐	☐	☐	☐
4. _____	_____	☐	☐	☐	☐
5. _____	_____	☐	☐	☐	☐

Kabuuang Gross na Buwanang Kita para sa huling 30 araw:

Mga Pinagmumulan ng Kita	Aplikante/Pasyente	Asawa/Ka Live-in
Mga Sahod	$	$
Social Security Payment	$	$
Unemployment Compensation	$	$
Disability Payment	$	$
Workers Compensation	$	$
Alimony/Child Support	$	$
Dividends, Interests, Rental Income	$	$
Iba pa	$	$

Mangyaring magbigay ng mga kopya ng mga tseke, paystubs, o statements upang suportahan ang lahat ng nakareport na kita.

☐ **Pinahihintulutan ko ang isang kinatawan ng health insurance na kontakin ako upang tulungan ako sa pag-apply para sa health insurance na inisponsor ng pamahalaan.**

Pinakamainam na panahon upang kontakin ako: ☐ **Umaga** ☐ **Hapon** ☐ **Gabi** ☐ **Sabado't Linggo** ☐ **Kahit kailan** ☐ **HUWAG ako kontakin**

Pinatutunayan ko na ang impormasyon at dokumentasyon na inilaan at ang mga sagot na ibinigay ay makatotohanan at wasto. Kapag hindi ko binayaran ang anumang may bawas o may adjustment na balance, mapapailalim ako sa normal na billing at pangongolekta ng Northwell Health.

X _____ _____/_____/_____

Pirma ng Aplikante/Pasyente (Magulang/Legal Guardian para sa menor-de-edad na bata) | Petsa

Ipadala sa Mail ang Kinompletong Aplikasyon sa: Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. Box 9001, Melville, NY 11747-9001

Northwell Health®

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

Northwell Health®

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Applicant's Information:

_____ _____-_____-_____ _____/_____/_____ _____
Applicant's, Parent, Guardian Name | Social Security Number | DOB: Mo Day Year | 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 | DOB: Mo Day Year

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. _____	_____	☐	☐	☐	☐
2. _____	_____	☐	☐	☐	☐
3. _____	_____	☐	☐	☐	☐
4. _____	_____	☐	☐	☐	☐
5. _____	_____	☐	☐	☐	☐

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