

## FINANCIAL AID PROGRAM

New York Community Hospital provides both hospital and physician services to all patients seen in the following settings of the hospital: inpatient care, emergency services, ambulatory surgery, and referred outpatient. All of these patients, regardless of age, gender, race, national origin, socio-economic or immigrant status, sexual orientation or religious affiliations, may be eligible for financial aid. New York Community Hospital is committed to treating all patients fairly, with dignity, and with respect.

Financial aid is not intended to be a substitute for existing government entitlement or other assistance programs. Based on the individual circumstances of each patient, every reasonable effort will be made to explore appropriate alternative sources of payment and coverage from third parties, and other public and private programs, to allow New York Community Hospital to provide care to persons in need without other payment alternatives.

The availability of financial aid does not eliminate personal responsibility. Eligible patients are required, whenever possible, to access public or private insurance options, and are expected to contribute to their care based on their individual ability to pay.

New York Community Hospital will employ a consistent process to consider an individual's need for financial aid based on that individual's documented demonstration that the charges for services provided cannot be covered by another payment source and that (s) he is unable to pay for those services.

Patients are deemed elective or non elective. The elective patient is screened prior to service to determine ability to meet the financial requirements of the hospital. The non-elective patient (the vast majority seen in the hospital) will be treated at the hospital regardless of their ability to pay for services at the time they are rendered.

Information about this policy is made available in Registration areas of New York Community Hospital.

Also, our Financial Assistance policy summary and Financial Assistance application will be provided to anyone who calls, writes, or requests a copy in person.

New York Community Hospital is proud to provide quality care to all who are in need regardless of their ability to pay. For more information about the hospital's financial aid program, you may contact us at 718-692-5334/5 or call our toll free numbers at the offsite Financial Aid Department:

Inpatient – (866) 822-5576  
Outpatient- (866) 252-0101

3 Expressway Plaza  
Suite 200  
Roslyn Heights, New York 11577  
Tel: 516 686-4354  
516 686-4308

To further assist your application for financial aid, PLEASE PROVIDE THE INDICATED DOCUMENTS BELOW, or PLEASE EXPLAIN WHY YOU CANNOT:

- W-2/1099 Forms
- 1040 U.S. Federal Tax Return/All Schedule and Forms OR contact the I.R.S. and return a non-filing statement for the past fiscal year (1-800 829-0922). Your name must appear on the tax return.
- Last 3 Payroll Statements/Unemployment Benefits (start date)
- SS/SSI/SSD Award Letter
- Mortgage Payment/Rent Receipt and/or Letter from whomever pays the rent.
- Most Recent Bank (LAST 3 MONTHS CHECKING and SAVINGS) and/or a Brokerage Statements.
- Any Medicaid and/or Health Benefits Acceptance or Denial Letter
- Any documents that relates to: Public Assistance, Self Employment, Current Income.
- COPY OF SOCIAL SECURITY CARD

If you are under 21 (TWENTY-ONE) years of age, AND/OR you are a dependent of your parents(s) or guardian(s), then they must provide the necessary documents regarding income, housing, and family size.

A Phone number where you can be reached MUST BE PROVIDED, as well as, a complete address with appropriate apartment numbers and letters.

A note describing your situation might be helpful, however, copies of the documents listed above are necessary to determine you and/or your children's eligibility.

If you are a STUDENT, please provide documentation, which must include a CURRENT COMPLETE FAFSA application.

PLEASE RETURN THIS FORM WITH YOUR DOCUMENTS.

**NEW YORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL  
REQUEST FOR DETERMINATION OF ELIGIBILITY FOR FINANCIAL AID**

Patient's Name \_\_\_\_\_ SS.# \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
 Last First MI.

Address \_\_\_\_\_  
 Number and Street, Apt. City State Zip

Telephone No. ( ) \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Employer Address \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

**Income**- List combined income for yourself, spouse, and all other household members from:

	Total-Last 3 mo.	Total-Last 12 mo.
WAGES		
SELF EMPLOYMENT EARNINGS		
PUBLIC ASSISTANCE		
SOCIAL SECURITY		
UNEMPLOYMENT/WORKERS'COMP		
STRIKE BENEFITS		
ALIMONY		
CHILD SUPPORT		
MILITARY FAMILY ALLOTMENTS		
PENSIONS		
INCOME FROM DIVIDENDS		
RESOURCES (Bank Accts., Investments, Homes, Etc.)		
<b>TOTAL</b>		

As a condition of providing financial aid, you are required to submit proof of income/resources: 1) Form 1040 (U.S. Individual Income Tax return) or any other documentation that can be used to substantiate household income. 2) Other information as requested.

**FAMILY SIZE**- Family members living in your household

NAME	AGE	RELATIONSHIP

*NOTE: PLEASE ATTACH ANOTHER SHEET, IF ADDITIONAL SPACE IS NEEDED.*

I HEREBY REQUEST THAT NEW YORK- PRESBYTERIAN HOSPITAL MAKE A WRITTEN DETERMINATION OF MY ELIGIBILITY FOR FINANCIAL AID. I UNDERSTAND THAT THE INFORMATION WHICH I SUBMIT CONCERNING MY ANNUAL INCOME AND FAMILY SIZE IS SUBJECT TO VERIFICATION BY THE HOSPITAL. I ALSO UNDERSTAND THAT IF THE INFORMATION WHICH I SUBMIT IS DETERMINED TO BE FALSE, SUCH DETERMINATION WILL RESULT IN A DENIAL OF FINANCIAL AID AND THAT I WILL BE LIABLE FOR CHARGES FOR SERVICES PROVIDED. I AFFIRM THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. FURTHER, I HEREBY GIVE MY PERMISSION TO NEW YORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL TO VERIFY ANY INFORMATION PERTINENT TO THIS APPLICATION.

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE OF APPLICANT \_\_\_\_\_

Completed Applications to be sent to:    New York-Presbyterian Financial Services  
 3 Expressway Plaza  
 Suite 200  
 Roslyn Heights, NY 11577

Att.: Jerome Fields

## БОЛЬНИЦА «NEW YORK-PRESBYTERIAN»

3 Expressway Plaza Ste 200  
Roslyn Heights, NY 11577-2050

Уважаемый пациент,

В приложении Вы найдёте бланк заявления на благотворительное медицинское обслуживание и/ или финансовую помощь. Вы можете подать заявку на финансовую помощь в течение 90 дней с момента выписки из больницы или с момента окончания амбулаторного лечения. Пожалуйста, заполните бланк заявления, приложите все необходимые документы и пришлите всё это обратно в течение 20 дней.

Если имеющая отношение к делу документация, перечень которой находится ниже, не будет предоставлена или если Вы заполните бланк заявления не полностью, то мы не сможем рассмотреть Ваше заявление.

Если Вам необходима какая-либо дополнительная помощь или если у Вас возникнут какие-либо вопросы в связи с заполнением этого пакета документов, пожалуйста, свяжитесь с нашим отделом финансовой помощи по номеру телефону (516) 686-4354 или (516) 686-4308.

Чтобы помочь нам в обработке Вашего заявления на финансовую помощь, пожалуйста, предоставьте копии нижеуказанных документов, которые относятся конкретно к Вашей ситуации:

- Бланки внутренней налоговой службы США (IRS): W-2 или 1099
- Налоговая Декларация: федеральная анкета Соединенных Штатов 1040 или «Страна Гражданства»
- Три (3) последние платёжные ведомости или подтверждения получения пособия по безработице (документация, подтверждающая дату начала выплаты пособия)
- Письмо, подтверждающее право на получение пособия социальной защиты
- Ипотечный платёж и (или) письмо от того лица, которое вносит ипотечные платежи или оплачивает аренду жилья
- Самые последние банковские балансы и (или) маклерские отчёты
- Любые письма с положительными или отрицательными решениями на предмет получения пособий "Medicaid" (государственной программы бесплатной или льготной медицинской помощи малоимущим и членам их семей) или других медицинских пособий
- Любой документ, имеющий отношение к информации, размещённой на странице заявления, где находится подпись, например: продовольственные талоны, государственная или социальная помощь, самостоятельная занятость мелких собственников или владельцев некорпоративных предприятий.

Если Вам ещё не исполнился 21 (ДВАДЦАТЬ ОДИН) год, И/ ИЛИ Вы находитесь на содержании своего родителя (родителей) или опекуна (опекунов), то тогда Ваш родитель или опекун должен будет заполнить бланк заявления, который называется «ЗАЯВЛЕНИЕ О ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И ПЛАТЕ ПО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЕ», для участия в льготной программе, а также предоставить документы в поддержку этого заявления.

Вы ДОЛЖНЫ предоставить номер телефона, по которому до Вас можно дозвониться, а также полный почтовый адрес, включая номер или букву квартиры.

Записка с описанием Вашей ситуации также может помочь делу, но копии вышеперечисленных документов, которые применимы к Вашему конкретному случаю, просто необходимы для установления Вашей правомочности или правомочности Ваших детей на участие в этой программе.

Если Вы являетесь студентом, то, пожалуйста, предоставьте документацию, подтверждающую Ваш студенческий статус.

### ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТАМ:

**ЕСЛИ ВЫ ПОДАЛИ ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕННЫЙ БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ ИНФОРМАЦИЮ ИЛИ ДОКУМЕНТАЦИЮ, НЕОБХОДИМУЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИГОДНОСТИ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ СОГЛАСНО ПРАВИЛАМ БОЛЬНИЦЫ, ВЫ МОЖЕТЕ НЕ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЯ НА ЛЮБЫЕ ПОСЛАННЫЕ НАМИ СЧЕТА, ПОКА МЫ НЕ ПРИНЯЛИ РЕШЕНИЯ ПО ВАШЕМУ ЗАЯВЛЕНИЮ.**

**БОЛЬНИЦА «NEW YORK-PRESBYTERIAN»  
ЗАЯВЛЕНИЕ О ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ И ПЛАТЕ ПО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЕ**

Имя пациента \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество

№ Социальной защиты \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_  
Улица, № дома и № квартиры Город Штат Индекс

№ Телефона (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Род занятий \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Адрес работодателя \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

**Доход** – перечислите Ваш совместный доход, состоящий из Вашего собственного дохода, дохода Вашей супруги (Вашего супруга) и других членов Вашей семьи из следующих источников:

	Общая сумма за последние 3 месяца	Общая сумма за последние 12 месяцев
ЗАРПЛАТЫ		
ДОХОДЫ ОТ ЧАСТНОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА		
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ		
СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА		
ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ И/ ИЛИ ПОСОБИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ		
АЛИМЕНТЫ		
ПОСОБИЕ НА РЕБЕНКА		
ПЕНСИИ		
ДОХОД ОТ ДИВИДЕНТОВ		
РЕСУРСЫ (БАНКОВСКИЕ СЧЕТА, ИНВЕСТИЦИИ, ССУДЫ И Т.П.)		
ИТОГ		

Одним из условий предоставления финансовой помощи является подача Вами следующих документов, подтверждающих Ваши доходы и/или денежные средства: 1) Бланк 1040 (декларация США о персональном подоходном налоге) или любая другая документация, которую можно использовать для подтверждения семейного дохода. 2) Другая информация – по требованию.

**РАЗМЕР СЕМЬИ** – члены семьи, живущие под одной крышей

<b>ИМЯ И ФАМИЛИЯ</b>	<b>ВОЗРАСТ</b>	<b>РОДСТВО</b>

**ПРИМЕЧАНИЕ:** ПОЖАЛУЙСТА, ПРИКРЕПИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ БУМАГИ, ЕСЛИ ВАМ НУЖНО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕСТО ДЛЯ ЗАПИСЕЙ.

НАСТОЯЩИМ Я ПРОШУ БОЛЬНИЦУ «NEW YORK-PRESBYTERIAN» ПРИНЯТЬ ПИСЬМЕННОЕ РЕШЕНИЕ О МОЕЙ ПРАВОМОЧНОСТИ ПОЛУЧАТЬ ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ Я ПОДАЮ КАСАТЕЛЬНО МОЕГО ГОДОВОГО ДОХОДА И РАЗМЕРА СЕМЬИ, ПОДЛЕЖИТ ПРОВЕРКЕ БОЛЬНИЦЕЙ. Я ТАКЖЕ ПОНИМАЮ, ЧТО ЕСЛИ ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ МНОЮ ИНФОРМАЦИЯ ОКАЖЕТСЯ ЛОЖНОЙ, ЭТО ПОВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ ОТКАЗ В ОКАЗАНИИ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ, И Я ПОНЕСУ ФИНАНСОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОКАЗАННЫЕ МНЕ УСЛУГИ. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО, НА СКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, ВЫШЕУКАЗАННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПРАВДИВА И ТОЧНА. БОЛЕЕ ТОГО, НАСТОЯЩИМ Я ДАЮ СВОЕ РАЗРЕШЕНИЕ БОЛЬНИЦЕ «NEW YORK-PRESBYTERIAN» ПРОВЕРИТЬ ЛЮБЫЕ ДАННЫЕ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К ДАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ.

ДАТА \_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ СОИСКАТЕЛЯ \_\_\_\_\_

Заполненное заявление послать по адресу:

New York-Presbyterian Financial Services  
 3 Expressway Plaza  
 Suite 200  
 Roslyn Heights, NY 11577  
 Att: Jerome Fields  
 ACCOUNT #

NRS1046

**The New York Presbyterian Hospital**  
**Servicios de Asistencia Financiera para el Paciente**  
3 Expressway Plaza  
Suite 200  
Roslyn Heights, NY 11577

Para adelantar su aplicación para ayuda financiera, por favor envíe copias de los siguientes documentos, si se le aplica a su situación particular.

- **W-2/ Formulario 1099.**
- **Formulario Federal 1040 o Formulario Estatal o Se puede contactar al I.R.S y mandar un "Non-Filing Statement" para el año pasado (1-800-829-0922). Su nombre debe aparecer en el formulario.**
- **Los 3 últimos comprobantes de pagos o compensación por desempleo (con fecha de cuando comenzó a recibir desempleo).**
- **Carta de pago de Hipoteca/Recibo de renta o carta de quien paga el alquiler.**
- **Estado de cuenta mas reciente del banco.**
- **Cualquier carta de aceptación o desaprobación del Departamento de Medicaid (Seguro de Beneficio).**
- **Copia de cualquier documento relacionado a la información proveída en la hoja donde usted firma. [Por ejemplo: Estampilla de Alimento, Asistencia Publica o Comprobante de Empleo Propio].**

Si usted es menor de 21 (Veintiuno) años de edad y dependiente de su(s) padre(s), ellos tienen que llenar la aplicación y mandar copias de sus documentos financieros.

Un número de teléfono donde nos podríamos comunicarse con usted es requerido, como una dirección completa, incluyendo número de apartamento con letras, si se requiere.

Una nota describiendo su situación puede ser beneficiosa, de cualquier modo, copias de los documentos en la lista son necesarias para determinar su elegibilidad para usted o la de sus hijos o hijas.

Si es estudiante, por mande comprobante.

Por favor devolver este formulario con los documentos requeridos.

**PEDIDO PARA DETERMINACION DE LA ELEGIBILIDAD PARA AYUDA FINANCIERA**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ DIRECCION DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

INGRESOS: ENUMERE LOS INGRESOS COMBINADO PARA USTED, SU ESPOSO, Y EL RESTO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA DE:

ULTIMOS 3 MESES

ULTIMOS 12 MESES

SALARIO		
EMPLEO DE UNO MISMO		
ASISTENCIA PUBLICA		
SEGURO SOCIAL		
DESEMPLEO/COMPENSACION		
BENEFICIOS DE HUERGA		
ALIMENTOS		
AYUDA PARA LOS NINOS		
ASIGNACIONES MILITARES DE FAMILIA		
PENSIONES		
INGRESOS DE DIVIDENDOS		
RECURSOS (Cuenta Bancaria, Inversiones, Casa)		
TOTAL		

COMO CONDICIONES DE PROPORCIONAR LA AYUDA FINANCIERA, LE REQUIEREN SOMETER LA PRUEBA DE INGRESOS Y RECURSOS: 1) FORMA 1040 ( U.S. VUELTA DE IMPUESTO SOBRE LOS INGRESOS INDIVIDUAL) O CUALQUIER OTRA DOCUMENTACION QUE SE PUEDA UTILIZAR PARA VERIFICAR INGRESOS DE LA CASA. 2) OTRA INFORMACION POR REQUIERIMIENTO.

MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN SU CASA

NOMBRE	EDAD	RELACION

SOLICITO POR ESTE MEDIO QUE EL HOSPITAL DE NEW YORK - PRESBYTERIAN HAGA UNA DETERMINACION ESCRITA DE MI ELEGIBILIDAD PARA AYUDA FINANCIERA. ENTIENDO QUE LA INFORMACION QUE SOMETO REFERENTE MI INGRESOS ANNUAL Y TAMANO DE LA FAMILIA ESTA CONFORME A LA VERIFICACION DEL HOSPITAL. TAMBIEN ENTIENDO QUE SI LA INFORMACION QUE SOMETO SE DETERMINA SER FALSA, TAL DETERMINACION RESULTARA EN UNA NEGACION DE LA AYUDA FINANCIERA Y SERE OBLIGADO PARA LAS CARGAS PARA LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS. AFIRMO QUE LA INFORMACION ANTEDICHA ES VERDAD Y CORRECTO AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO ADEMAS, DOY POR ESTE MEDIO MI PERMISO AL HOSPITAL DE NEW YORK - PRESBYTERIAN PARA VERIFICAR CUALQUIERA INFORMACION PERTINENTE A ESTA APLICACION.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

ENVIE LOS USOS TERMINADOS A