

(برنامه کمک پرداخت درمانی بیمارستان نیوجرسی)

درخواست برای مشارکت

مدرک شناسایی، گواهی درآمد، و سند اموال باید همراه این درخواست باشد نسخه تمام مدارک تقاضا شده را ارسال کنید. اصل مدارک را ارسال نکنید، زیرا برگردانده نخواهند شد.

قسمت اول - اطلاعات شخصی

شماره بیمه اجتماعی _____ - _____ - _____	نام بیمار	_____ (نام خانوادگی) _____ (نام) _____ (نام میانی)
۵- تاریخ درخواست خدمات ____/____/____ ماه روز سال	۳- تاریخ درخواست	____/____/____ ماه روز سال
۷- شماره تلفن (____) _____ - _____	۶- آدرس خیابانی بیمار:	_____
۹- جمعیت خانواده *	۸- شهر، ایالت، کد منطقه	_____
۱۱- گواهی حاکی از ۳ ماه سکونت در ایالت نیوجرسی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱۰- شهروندی آمریکا <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> درخواست در حال بررسی	
۱۳- آیا سن بیمار بیشتر از ۶۵ سال است؟ <input type="checkbox"/> مشمول CWF <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	۱۲- نام ضامن (اگر غیر از بیمار باشد)	_____
	۱۴- آیا بیمار تحت پوشش بیمه است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	

قسمت دوم - معیارهای دارایی ها (برای استفاده اداری)

۱۵- دارایی های شخصی: _____

۱۶- دارایی های خانواده: _____

۱۷- دارایی های مشمول: _____

A. پول نقد

B. حساب های پس انداز

C. حساب های جاری

D. گواهی های سپرده / I.R.A.

E. ارزش املاک و مستغلات (به جز محل سکونت)

F. سایر اموال (اوراق خزانه، اوراق بهادار، سهام شرکت ها، و اوراق قرضه دولتی)

G. مبلغ کل ناخالص

*جمعیت خانواده شامل خود فرد، همسر، و فرزندان خردسال می شود. زن باردار، به عنوان دو عضو خانواده محسوب می شود.

درخواست برای مشارکت (ادامه دارد)

قسمت سوم - معیارهای درآمد

برای تعیین صلاحیت دریافت کمک هزینه درمانی، درآمد و داراییهای همسر باید برای یک فرد بزرگسال؛ و درآمد و دارایی های والدین باید به مصرف یک کودک خردسال در نظر گرفته به مصرف برسد. گواهی درآمد باید همراه درخواست باشد.

درآمد برپایه دوازده ماه، سه ماه، یا یک ماه از درآمد قبل از شروع خدمات محاسبه می‌شود.

درآمد ناخالص بیمار / خانواده بیمار باید مساوی کمترین موارد زیر باشد:

یک ماه آخر ۱۲X	یا	۳ ماه آخر ۴X	یا	۱۲ ماه آخر

۱۸ منابع درآمد

سالیانه	ماهانه	هفتگی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. حقوق / دستمزد قبل از کسور
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. کمک های عمومی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. مزایای تأمین اجتماعی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. دستمزد بیکاری و جبران کار از دست رفته
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. مزایای کهنه سربازان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. نفقه/مخارج حمایت از کودک
			G. کمک مالی به آنها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H. پرداخت حقوق بازنشستگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. پرداخت های بیمه یا مقرری سالانه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J. سود سهام / بهره
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K. درآمد اجاره
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L. درآمد خالص کسب و کار (خویش فرما / تأیید شده توسط منبع مستقل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. دیگر (مزایای اعتصاب، کمک هزینه - تحصیلی، تخصیص خانواده نظمی، درآمد حاصل از املاک و ودیعه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. کل جمع

قسمت چهارم - گواهی توسط درخواست کننده

من اطلاع دارم که اطلاعاتی که ارائه می دهم مشمول بررسی توسط مرکز درمانی و دولت ایالتی و فدرال است. ارائه اطلاعات نادرست، من را مسئول تمام هزینه های بیمارستان خواهد کرد و از لحاظ مدنی پیگرد قانونی دارد.

چنانچه مرکز درمانی درخواست کند، من به منظور پرداخت صورت حساب بیمارستان، برای کمک هزینه پزشکی خصوصی یا دولتی درخواست می نمایم.

من گواهی میدهم که اطلاعات بالا درباره جمعیت خانواده، درآمد، و دارایی من واقعی و درست است.

من اطلاع دارم که این وظیفه من است که بیمارستان را از هر گونه تغییری در درآمد و دارایی خود مطلع کنم.

۲۰. تاریخ

۱۹. امضا بیمار یا ضامن

گواهی اولیه بیمار

شماره حساب: _____ نام بیمار: _____

آدرس: _____ تاریخ ارائه خدمات: _____

لطفا (حرف اول نام و نام خانوادگی

_____ من و/یا همسرم گواهی می دهیم که من/ما درآمد دیگری نداریم و قبلا هم نداشته ایم _____/____/____ تا _____/____/____

_____ من و/یا همسرم گواهی می دهیم که من هیچ مالی که لیست درخواست امور خیریه ذکر شده است را ندارم.

_____ من و/یا همسرم گواهی می دهیم که من بی خانمان هستم و قبلا بیخانمان بوده ایم _____/____/____

_____ من و/یا همسرم گواهی می دهیم که من/ما هیچ بیمه پزشکی برای پرداخت هزینه های پرداخت نشده مربوط به دلیل خدمات بیمارستان را نداریم

_____ من گواهی می دهیم که نام من _____ است . من قادر به ارائه مدرک

_____ شناسایی به دلیل :

(دلیل را بنویسید نیستم)

_____ من و/یا همسرم گواهی می دهیم من/ما دارای درآمد هستیم. درآمد ناخالص/نقدی ما _____ دلار است و به صورت پرداخت می شود.

_____ تناوب

_____ من و/یا همسرم گواهی می دهیم که در تاریخ دریافت خدمات فوق ، من _____ دلار دارایی دارم..

_____ من و/یا همسرم گواهی می دهیم که من ساکن ایالت نیوجرسی هستم و قصد دارم در ایالت نیوجرسی زندگی کنم.

_____ ساکن در:

_____ من گواهی می دهیم که من هیچ دعوای حقوقی بر علیه هیچ شخص سومی که میتوانم از وی درخواست پرداخت بخشی یا تمام هزینه های مربوط

به خدمات پزشکی در ارتباط با این درخواست (شامل، بدون محدودیت، دعوی بدون تقصیر، دستمزد کارگران، صاحبخانه ها، راننده های

دارای بیمه یا فاقد بیمه، مزایای بیمه و ادعاهای شبه جرم) نداشته ام و نخواهم داشت. من اطلاع دارم و موافقت می کنم که در صورت طرح هر

گونه دعوی مانند این ، مرکز پزشکی Hackensack Meridian Health Pascack Valley از ارائه کمک مالی به من خودداری میکند

و کلیه هزینه ها را از من مطالبه میکند. همچنین من موافقت میکنم که زمان اقامه دعوی را به اطلاع مرکز پزشکی

Hackensack Meridian Health Pascack Valley برسانم.

_____ امضاء بیمار

_____ نام کامل

_____ تاریخ