

**Programme d'aide aux paiements des soins hospitaliers du New Jersey**

**DEMANDE DE PARTICIPATION**

PREUVE D'IDENTITÉ, JUSTIFICATIF DE REVENU ET PREUVE D'ACTIFS DOIVENT ACCOMPAGNÉS CETTE DEMANDE. ENVOYER DES COPIES DES DOCUMENTS REQUIS NE PAS ENVOYER DE DOCUMENTS ORIGINAUX CAR ILS NE SERONT PAS RENVOYÉS.

**SECTION I – Informations personnelles**

1. NOM DU PATIENT  _____ (Nom de famille) _____ (Prénom) _____ (Initiale du 2ème prénom)		NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE  - - - - -
3. DATE DE LA DEMANDE  ____ / ____ / ____ Mois Jour Année	4. DATE DE SERVICE INITIALE  ____ / ____ / ____ Mois Jour Année	5. DATE DE SERVICE DEMANDÉE  ____ / ____ / ____ Mois Jour Année
6. ADRESSE CIVIQUE DU PATIENT  _____		7. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE  ( ) -
8. VILLE, ÉTAT/PROVINCE, CODE POSTAL  _____		9. NOMBRE DE MEMBRES DE LA FAMILLE *  _____
10. CITOYEN AMÉRICAIN  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours		11. JUSTIFICATIF DE RÉSIDENCE DE 3 MOIS DANS L'ÉTAT DU NJ  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. NOM DU DE LA PERSONNE SE PORTANT GARANTE (Si autre que le patient)  _____		13. LE PATIENT A-T-IL PLUS DE 65 ANS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> CWF inclus
14. LE PATIENT EST-IL COUVERT PAR UNE ASSURANCE ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

**SECTION II – Critères concernant les actifs (usage interne)**

15. Actifs personnels : \_\_\_\_\_

16. Actifs familiaux : \_\_\_\_\_

17. Actifs inclus :

- A. Liquidité \_\_\_\_\_
- B. Comptes épargne \_\_\_\_\_
- C. Comptes chèque \_\_\_\_\_
- D. Certificats de dépôt / Compte retraite (I.R.A.) \_\_\_\_\_
- E. Capital immobilier (autre que le domicile principal) \_\_\_\_\_
- F. Autres actifs (bons du trésor, titres négociables, actions et obligations de société) \_\_\_\_\_
- G. Total \_\_\_\_\_

\* Comprend vous-même, votre conjoint(e) et les enfants mineurs. Une femme enceinte représente deux membres de la famille.

DEMANDE DE PARTICIPATION (suite)

---

SECTION III – Critère de  
ressources

---

Pour déterminer l'admissibilité à l'aide aux soins hospitaliers, le revenu et les biens d'un conjoint doivent être utilisés pour un adulte ; le revenu et les biens des parents doivent être utilisés pour un enfant mineur Les justificatifs de ressources doivent accompagner cette demande.

Le revenu est basé sur le calcul de douze mois, trois mois ou un mois de revenu avant la date de service.

Le revenu brut du patient/de la famille est égal au moindre des montants suivants :

Derniers 12 mois	ou	Derniers 3 mois X4	ou	Dernier mois X12

---

18. SOURCES DE REVENU

Hebdo. Mensuel Annuel

- A. Salaire/Revenu avant prélèvements
- B. Aide publique
- C. Prestations de sécurité sociale
- D. Chômage & compensations
- E. Prestations pour les vétérans
- F. Pension alimentaire
- G. Soutien monétaire
- H. Paiement de pension
- I. Assurance ou paiement de rente
- J. Dividendes/Intérêt
- K. Revenu de location
- L. Revenu d'entreprise net (travailleur indépendant/vérifié par une source indépendante)
- M. Autre (indemnités de grève, allocations de formation, allocations militaires, revenu provenant de successions et fiducies)
- N. Total

---

SECTION IV – Certification par le demandeur

---

Je comprends que les informations que je sou mets sont sujettes à vérification par l'établissement de soins de santé approprié et le gouvernement fédéral ou de l'état. Toute fausse déclaration intentionnelle de ces faits me rendra responsable de tous les frais hospitaliers et passible de sanctions au civil.

Si l'établissement de santé le demande, je demanderai une aide médicale gouvernementale ou privée pour le paiement de la facture d'hôpital.

Je certifie que les informations ci-dessus concernant la taille de ma famille, mes revenus et mes biens sont vraies et correctes.

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'informer l'hôpital de tout changement de statut en ce qui concerne mes revenus ou actifs.



Hackensack  
Meridian *Health*  
Pascack Valley  
Medical Center

---

**19. Signature du patient ou de la personne garante**

**20. Date**

---

**Attestation primaire du patient**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Numéro du compte : \_\_\_\_\_

Date de service : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

**Veillez inscrire vos initiales**

\_\_\_\_\_ Moi et/ou mon conjoint(e) certifie/certifions que je n'ai/nous n'avons pas de revenu actuellement et n'avons pas obtenu de revenu depuis \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Moi et/ou mon conjoint(e) certifie/certifions que je n'ai pas d'actif tel que stipulé sur la demande de soins de bienfaisance.

\_\_\_\_\_ Moi et/ou mon conjoint(e) certifie/certifions que je suis sans domicile actuellement et que j'ai été sans domicile depuis \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Moi et/ou mon conjoint(e) certifie/certifions que je n'ai /nous n'avons pas d'assurance maladie pour couvrir le montant impayé des services de soins hospitaliers.

\_\_\_\_\_ Je certifie que mon nom est \_\_\_\_\_ . Je ne peux pas fournir de preuve de mon identité

car: \_\_\_\_\_  
(mentionner la raison)

\_\_\_\_\_ Moi et/ou mon conjoint(e) certifie/certifions que j'ai/nous avons des revenus. Nos revenus bruts s'élèvent à \$ \_\_\_\_\_ et nous sommes payés tous les \_\_\_\_\_ .

Fréquence

\_\_\_\_\_ Je et/ou mon conjoint certifie/certifions que j'ai des actifs à la date de service ci-dessus pour un total de \$ \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ Je et/ou mon conjoint certifie/certifions que je suis un résident du New Jersey et que j'ai l'intention de continuer de résider dans le New Jersey.

Résidant à : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ J'atteste que je n'ai pas fait et que je n'ai pas l'intention de faire de réclamation contre un tiers dans laquelle je peux demander le paiement, en tout ou en partie, des services médicaux visés par cette demande (y compris, sans limitation, les réclamations sans faute, l'indemnisation des travailleurs, les propriétaires, les prestations d'assurance automobile sous-assurées ou non assurées et les réclamations en responsabilité délictuelle). Je comprends et j'accepte que, si une telle réclamation est faite, Hackensack Meridian Santé Pascack Valley Medical Center pourra rétracter ses soins de bienfaisance et me demander le paiement de tous mes frais. J'accepte également d'informer Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center quand une réclamation est faite.



Hackensack  
Meridian *Health*  
Pascack Valley  
Medical Center

---

Signature du patient

---

Nom en caractères d'imprimerie

---

Date