



Program pomocy w płatnościach za opiekę szpitalną stanu New Jersey

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO PROGRAMU

DOWÓD TOŻSAMOŚCI, DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY DOCHODY ORAZ DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE STAN MAJĄTKOWY MUSZĄ BYĆ DOŁĄCZONE DO TEGO WNIOSKU. NALEŻY PRZESŁAĆ KOPIE WSZYSTKICH POTRZEBNYCH DOKUMENTÓW. NIE NALEŻY WYSYLAĆ ORYGINAŁÓW DOKUMENTÓW, GDYŻ NIE BĘDĄ ONE ZWRÓCONE.

CZĘŚĆ I – Informacje o osobie

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: _____ (Nazwisko) _____ (Imię) _____ (Inicjał drugiego imienia)		NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (ang. Social Security number) ____ - ____ - ____
3. DATA WYPEŁNIENIA WNIOSKU ____ / ____ / ____ Miesiąc Dzień Rok	4. DATA ZAPOCZĄTKOWANIA USŁUGI ____ / ____ / ____ Miesiąc Dzień Rok	5. ŻĄDANA DATA USŁUGI ____ / ____ / ____ Miesiąc Dzień Rok
6. ADRES PACJENTA NUMER DOMU I ULICA		7. NUMER TELEFONU (____) ____ - ____
8. MIASTO, STAN, KOD POCZTOWY		9. LICZBA OSÓB W RODZINIE*
10. OBYWATELSTWO USA Tak Nie Złożony wniosek	11. DOWÓD ZAMIESZKIWANIA W STANIE NEW JERSEY PRZEZ 3 MIESIĄCE <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
12. IMIĘ I NAZWISKO OSOBY GWARANTUJĄCEJ (Jeżeli to osoba inna niż pacjent)	13. CZY PACJENT PRZEKROCZYŁ 65-TY ROK ŻYCIA? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Dołączony CWF (Dokument pokazujący historię świadczeń Medicare)	
14. CZY PACJENT POSIADA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		

CZĘŚĆ II – kryteria majątkowe (wypełniane urzędowo)

15. Majątek osobisty: _____

16. Majątek rodzinny: _____

17. W skład posiadanego majątku wchodzi:

- A. Gotówka
- B. Konta oszczędnościowe
- C. Konta czekowe
- D. Lokaty/ Konta emerytalne
- E. Kapitał własny w nieruchomości (Innej niż miejsce zamieszkania)
- F. Inne składniki majątku (Bony skarbowe, papiery wartościowe, akcje i obligacje korporacyjne)
- G. Ogółem _____

* Członkowie rodziny to osoba składająca wniosek, małżonek oraz wszystkie małoletnie dzieci Kobieta w ciąży liczy się jako dwie osoby.

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO PROGRAMU (Cd.)

CZĘŚĆ III - kryteria dochodowe

Stwierdzając kwalifikacje do uzyskania pomocy w płatnościach za opiekę szpitalną w przypadku osoby dorosłej należy brać pod uwagę zarobki i majątek małżonka, w przypadku dziecka zarobki i majątek rodziców. Do wniosku musi być dołączony dokument potwierdzający dochody.

Dochód obliczany jest na podstawie zarobków uzyskiwanych w ciągu jednego z następujących okresów: dwanaście miesięcy, trzy miesiące lub jeden miesiąc przed datą usługi.

Całkowity dochód pacjenta/rodziny to liczba mniejsza od następujących:

Ostatnie 12 miesięcy	lub	Ostatnie 3 miesiące X4	lub	1 ostatni miesiąc X12

18. ŹRÓDŁA DOCHODU

Tygodniowo Miesięcznie Rocznie

- A. Pensja/zarobek przed potrąceniami
- B. Pomoc społeczna
- C. Świadczenia z ubezpieczenia społecznego (Social Security)
- D. Zasilek dla bezrobotnych i wypłaty z tytułu ubezpieczenia za wypadki w pracy
- E. Świadczenia dla weteranów
- F. Alimenty dla małżonka/alimenty na dzieci
- G. Pomoc pieniężna dla nich
- H. Emerytura
- I. Wypłaty z tytułu ubezpieczenia lub renty stałej
- J. Dywidendy / procenty
- K. Dochód z odnajmowania lokalu
- L. Dochód netto z prowadzenia biznesu (dla samozatrudnionych / zweryfikowany przez źródło niezależne)
- M. Inne (świadczenia z okazji strajku, stypendia na szkolenia, przydziały dla rodzin wojskowych, dochody ze spadków i kont powierniczych)
- N. W sumie

CZĘŚĆ IV – Oświadczenie osoby składającej wniosek

Rozumiem, że informacje, które tu podaję, będą weryfikowane przez odpowiednie jednostki opieki zdrowotnej oraz rządu federalnego i stanowego. Świadome podanie nieprawdziwych faktów spowoduje, że mogę stać się odpowiedzialny/a za całą należność za opiekę szpitalną oraz być ukarany/a w postępowaniu cywilnym.

Jeżeli zażąda tego ode mnie zakład opieki zdrowotnej, złożę podanie o pomoc w opłaceniu rachunku szpitala do odpowiedniej instytucji rządowej lub prywatnej.

Oświadczam, że podane wyżej informacje dotyczące wielkości mojej rodziny, dochodów i majątku są zgodne z prawdą.

Rozumiem, że mam obowiązek powiadomić szpital o wszelkich zmianach w statusie moich dochodów i majątku.

19. Podpis pacjenta lub osoby gwarantującej

20. Data

Podstawowe oświadczenie pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Numer pacjenta: _____

Data wykonania usługi: _____ Adres: _____

Parafowanie

_____ Ja i/lub mój małżonek/małżonka oświadczamy, że ja/my nie mam/nie mamy ___/___/___ do ___/___/___
dodchodów i nie mieliśmy ich od.

_____ Ja i/lub mój małżonek/ małżonka oświadczamy, że nie mam/ma żadnego majątku zgodnie z tym, co jest
podane na wniosku o opiekę charytatywną.

_____ Ja i/lub mój małżonek/ małżonka oświadczam, że jestem osobą bezdomną i w tym stanie pozostaję od
___/___/___

_____ Ja i/lub mój małżonek/ małżonka oświadczam, że ja/my nie mam/y ubezpieczenia medycznego,
które by pokryło moją należność za usługi szpitala.

_____ Oświadczam, że nazywam się _____. Nie mogę przedstawić dowodu
tożsamości ponieważ: _____
(Podać przyczynę)

_____ Ja i/lub mój małżonek małżonka oświadczam, że ja/my mam/y dochód. Nasz całkowity dochód w
gotówce wynosi \$ _____ dolarów i wypłatę otrzymujemy _____
Częstotliwość _____ podstawa.

_____ Ja i/lub mój małżonek/małżonka oświadczamy, że mój majątek na podany wyżej dzień wykonania
usługi wynosi dolarów \$ _____.

_____ Ja i/lub mój małżonek/ małżonka oświadczamy, że jestem mieszkańcem New Jersey i zamierzam
pozostać rezydentem tego stanu.
Adres zamieszkania: _____

_____ Oświadczam, że nie zgłosiłem/am i nie zamierzam zgłosić żadnych roszczeń w stosunku do żadnej
trzeciej strony, od której mógłbym/am zażądać zapłaty w całości lub w części za usługi medyczne,
których ten wniosek dotyczy (włączając w to, bez ograniczeń, roszczenia bez uznania winy, świadczenia
z ubezpieczenia na wypadki w pracy, od właścicieli domów, świadczenia z ubezpieczenia
nieubezpieczonych lub nieubezpieczonych kierowców i roszczenia z tytułu czynu niedozwolonego).
Rozumiem i zgadzam się z tym, że jeżeli takie roszczenie zostanie zgłoszone, Centrum Medyczne
Hackensack Meridian Health Pascack Valley może wycofać się z opieki charytatywnej i zażądać ode
mnie zapłaty całej należności. Zgadzam się także na to, żeby powiadomić Centrum Medyczne
Hackensack Meridian Health Pascack Valley, jeżeli takie roszczenie zostanie zgłoszone.



Hackensack
Meridian *Health*
Pascack Valley
Medical Center

Podpis pacjenta

Imię i nazwisko literami drukowanymi

Data