

Πρόγραμμα Βοήθειας Πληρωμών Φροντίδας από Νοσοκομείο του New Jersey

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Η ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΤΑΙ ΑΠΟ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ, ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ, ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ. ΣΤΕΙΛΑΤΕ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ. ΜΗΝ ΣΤΕΛΝΕΤΕ ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΕΓΓΡΑΦΩΝ, ΔΙΟΤΙ ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΙΣΤΡΑΦΟΥΝ.

ΕΝΟΤΗΤΑ I – Προσωπικές Πληροφορίες

1. ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
_____ (Επίθετο) _____ (Όνομα) _____ (Αρχικό μεσαίου ονόματος)		_____ - _____ - _____
3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ	4. ΑΡΧΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	5. ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
_____ / _____ / _____ Μήνας / Ημέρα / Έτος	_____ / _____ / _____ Μήνας / Ημέρα / Έτος	_____ / _____ / _____ Μήνας / Ημέρα / Έτος
6. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		7. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
_____		() - _____
8. ΠΟΛΗ, ΠΟΛΙΤΕΙΑ, ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		9. *ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΜΕΛΗ
_____		_____
10. ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	11. ΑΠΟΔΕΙΞΗ 3-ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΚΑΤΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΤΟΥ NJ	
<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Εκκρεμεί Αίτηση	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	
12. ΟΝΟΜΑ ΕΓΓΥΗΤΗ (Εάν είναι άλλο άτομο εκτός από τον /την ασθενή)	13. ΕΙΝΑΙ Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ;	
_____	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> CWF Περιλαμβάνεται	
14. ΕΧΕΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		

ΕΝΟΤΗΤΑ II – Κριτήρια Περιουσιακών Στοιχείων (για υπηρεσιακή χρήση)

15. Ατομικά περιουσιακά στοιχεία: _____

16. Οικογενειακά περιουσιακά στοιχεία: _____

17. Τα περιουσιακά στοιχεία περιλαμβάνουν:

- A. Μετρητά _____
- B. Αποταμευτικούς λογαριασμούς _____
- C. Λογαριασμοί όψεων _____
- D. Πιστοποιητικά Κατάθεσης / I.R.A. _____
- E. Καθαρή αξία ακινήτων (εκτός από την πρώτη κατοικία) _____
- F. Άλλα περιουσιακά στοιχεία (Έντοκα γραμμάτια, διαπραγμαεύσιμα χαρτιά, Εταιρικές μετοχές και ομόλογα) _____
- G. Σύνολο _____

* Τα οικογενειακά μέλη περιλαμβάνουν τον εαυτό σας, τον/την σύζυγό σας και κάθε ανήλικο παιδί. Μια έγκυος γυναίκα υπολογίζεται ως δύο οικογενειακά μέλη.

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ (Συνέχεια)

ΕΝΟΤΗΤΑ III – Κριτήρια Εισοδήματος

Όταν καθορίζεται η καταλληλότητα για βοήθεια με τη φροντίδα νοσοκομείου, το εισόδημα ενός σζύγου και τα περιουσιακά στοιχεία πρέπει να χρησιμοποιούνται για έναν ενήλικα. Το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία του γονέα πρέπει να χρησιμοποιούνται για ένα ανήλικο παιδί. Η αίτηση αυτή πρέπει να συνοδεύεται από απόδειξη εισοδήματος.

Το εισόδημα υπολογίζεται είτε σε δώδεκα μήνες, τρεις μήνες ή ένα μήνα εισοδήματος πριν από την ημερομηνία υπηρεσίας.

Το Μικτό Εισόδημα του Ασθενούς / της Οικογένειας είναι ισοδύναμο με το μικρότερο από τα παρακάτω:

Τελευταίοι 12 Μήνες	ή	Τελευταίοι 3 Μήνες X4	ή	Ο τελευταίος 1 Μήνας X12

18. ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

Εβδομαδιαίο Μηνιαίο Ετήσιο

- A. Μισθός / Μισθοδοσία πριν τις κρατήσεις
- B. Δημόσια Βοήθεια
- C. Επιδόματα Κοινωνικής Ασφάλισης
- D. Ταμείο Ανεργίας & Αποζημίωση Εργαζομένων
- E. Επιδόματα Βετεράνων
- F. Διατροφή / Διατροφή για παιδιά
- G. Χρηματική τους υποστήριξη
- H. Συνταξιοδοτικές πληρωμές
- I. Ασφάλεια ή Ετήσια Εισοδήματα
- J. Μερίσματα / Τόκος
- K. Έσοδα από ενοίκια
- L. Καθαρό εισόδημα επιχείρησης (ελεύθερος επαγγελματίας/
επαληθευμένο από ανεξάρτητη πηγή)
- M. Άλλο (επιδόματα απεργίας, μισθοί εκπαίδευσης,
στρατιωτική οικογενειακή παροχή, εισόδημα από
ακίνητα και παρακαταθήκες)
- N. Σύνολο

ΕΝΟΤΗΤΑ IV – Πιστοποίηση από τον Αιτούντα

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που υποβάλλω υπόκεινται σε εξακρίβωση από το κατάλληλο ίδρυμα υγειονομικής φροντίδας και τις Ομοσπονδιακές ή Πολιτειακές Κυβερνήσεις. Η σκόπιμη ψευδή δήλωση αυτών των δεδομένων θα με καταστήσει υπεύθυνο για όλες τις χρεώσεις του νοσοκομείου και θα υπόκειμαι σε αστικές κυρώσεις.

Εάν μου ζητηθεί από το ίδρυμα υγειονομικής φροντίδας, θα κάνω αίτηση για κυβερνητική ή ιδιωτική ιατρική βοήθεια για πληρωμή του λογαριασμού του νοσοκομείου.

Πιστοποιώ ότι οι παραπάνω πληροφορίες σχετικά με τα μέλη της οικογένειάς μου, το εισόδημά μου και τα περιουσιακά στοιχεία μου είναι αληθινές και σωστές.

Κατανοώ ότι αποτελεί ευθύνη μου να ειδοποιήσω το νοσοκομείο εάν υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση σου όσον αφορά το εισόδημα ή τα περιουσιακά στοιχεία μου.



19. Υπογραφή ασθενούς ή εγγυητή

20. Ημερομηνία

Αρχική Βεβαίωση Ασθενούς

Όνομα Ασθενούς: _____

Αριθμός λογαριασμού: _____

Ημερομηνία υπηρεσίας: _____

Διεύθυνση: _____

Βάλτε τα αρχικά του ονόματός σας

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι δεν έχουμε εισόδημα και δεν είχαμε ___/___/___ έως εισόδημα από ___/___/___

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι δεν έχουμε περιουσιακά στοιχεία όπως περιγράφεται στην αίτηση φιλανθρωπικής φροντίδας.

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι είμαστε άστεγοι και είμαστε άστεγοι από ___/___/___

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι δεν έχουμε Ασφάλιση Medical για να καλυφτεί το ανεξόφλητο ποσό για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που μου παρασχέθηκαν.

_____ Πιστοποιώ ότι ονομάζομαι _____ . Δεν δύναμαι να παρέχω απόδειξη ταυτότητας διότι: _____

(Δηλώστε την αιτία)

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι δεν έχουμε εισόδημα. Το μικτό μας μετρητό εισόδημα είναι \$ _____ και πληρωνόμαστε κάθε _____ .
συνόλητα

_____ Εγώ ή/και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι έχω περιουσιακά στοιχεία κατά την ημερομηνία της ανωτέρω υπηρεσίας στο ποσό των \$ _____ .

_____ Εγώ ή/και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι είμαι κάτοικος του New Jersey και σκοπεύω να παραμείνω κάτοικος του New Jersey.

Με διεύθυνση κατοικίας: _____

_____ Δηλώνω ότι δεν έχω υποβάλλει ούτε σκοπεύω να υποβάλλω αίτηση αποζημίωσης έναντι τρίτων με την οποία να ζητώ πληρωμή, πλήρη ή μερική, για τις ιατρικές υπηρεσίες με τις οποίες σχετίζεται η παρούσα αίτηση (συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, αποζημιώσεις για μη σφάλματα, επιδόματα εργαζομένων, ασφάλεια ιδιοκτητών κατοικίας, μη ασφαλιζόμενων οδηγών και αξιώσεις αδικοπραξίας). Κατανοώ και συμφωνώ πως, εάν υποβληθεί τέτοια αποζημίωση, το Ιατρικό Κέντρο Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center μπορεί να αποσύρει τη φιλανθρωπική φροντίδα του και να ζητήσει πληρωμή για όλες τις χρεώσεις από εμένα. Συμφωνώ επίσης να ειδοποιήσω το Ιατρικό Κέντρο Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center όταν υποβάλλεται η αίτηση.

Υπογραφή ασθενούς

Όνομα με κεφαλαία γράμματα

Ημερομηνία