



**Program za pomoć plaćanja zdravstvene nege u bolnici**

**Nju Džerzi PRIJAVA ZA UČEŠĆE**

DOKAZ O IDENTIFIKACIJI, POTVRDA O PRIHODU I POTVRDA O SREDSTVIMA MORAJU SE PRILOŽITI UZ OVU PRIJAVU.  
POŠALJITE KOPIJE SVIH TRAŽENIH DOKUMENATA. NE ŠALJITE ORIGINALNE DOKUMENTE, JER ONI NEĆE BITI VRAĆENI.

**DEO I – Lični podaci**

1. IME PACIJENTA  _____ (Prezime) _____ (Ime) _____ (Sr. I.)		BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA  _____ - _____ - _____
3. DATUM PRIJAVE  ____ / ____ / ____ Mesec Dan Godina	4. POČETNI DATUM USLUGE  ____ / ____ / ____ Mesec Dan Godina	5. TRAŽENI DATUM USLUGE  ____ / ____ / ____ Mesec Dan Godina
6. ADRESA ULICE PACIJENTA  _____		7. BROJ TELEFONA  (____) _____ - _____
8. GRAD, DRŽAVA, POŠTANSKI BROJ  _____		9. VELIČINA PORODICE *  _____
10. AMERIČKO DRŽAVLJANSTVO <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Zahtev u toku		11. DOKAZ O TROMESEČNOM BORA VKU U DRŽAVI NJU <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
12. IME GARANTA (ako nije pacijent)  _____		13. DA LI JE PACIJENT STARIJI OD 65 GODINA? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> CWF uključen
14. DA LI JE PACIJENT OSIGURAN? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		

**DEO II – SREDSTVA (za službenu upotrebu)**

15. Individualna sredstva: \_\_\_\_\_

16. Porodična sredstva: \_\_\_\_\_

17. Sredstva uključuju:

- A. Novac \_\_\_\_\_
- B. Štedne račune \_\_\_\_\_
- C. Čekovne račune \_\_\_\_\_
- D. Potvrda o deponovanju / I.R.A. (Lični penzioni račun) \_\_\_\_\_
- E. Imovina u nekretninama (osim primarnog prebivališta) \_\_\_\_\_
- F. Ostala sredstva (blagajnički zapisi, menice, korporativne akcije i obveznice) \_\_\_\_\_
- G. Ukupno \_\_\_\_\_

\* Veličina porodice uključuje vas, supružnika i maloletnu decu. Trudnica se računa kao dva člana porodice.

PRIJAVA ZA UČEŠĆE (Nastavak)

DEO III – Kriterijumi prihoda

Kada se određuje kvalifikovanost za pomoć za bolničku negu, prihod i sredstva supružnika moraju se koristiti za odrasle osobe; prihod i sredstva roditelja moraju se koristiti za maloletno dete. Dokaz o prihodu se mora priložiti uz prijavu.

Prihod se zasniva na obračunu od dvanaest meseci, tri meseca ili jednog meseca prihoda pre pružanja zdravstvenih usluga.

Bruto prihod pacijenta / porodice iznosi manje od navedenog:

Poslednjih 12 meseci	ili	Poslednja 3 meseca X4	ili	Poslednji mesec X12

18. IZVORI PRIHODA

Nedeljno Mesečno Godišnje

- A. Plata / Nadnica pre odbitaka
- B. Državna pomoć
- C. Beneficije po osnovu socijalnog osiguranja
- D. Naknada za nezaposlenost i kompenzacija radnika  
povredjenog na poslu
- E. Povlastice za ratne veterane
- F. Alimentacija / Izdržavanje za decu
- G. Novčana podrška
- H. Penzijske isplate
- I. Isplata osiguranja ili anuiteta
- J. Dividende / kamate
- K. Prihodi od zakupnina
- L. Neto poslovni prihodi (samostalno  
zaposlenje/potvrđeno od strane nezavisnog izvora)
- M. Ostalo (primanja po osnovu štrajkova, stipendije za  
obuku, vojna porodična dodela sredstava, prihod od  
nekretnina i fondova)
- N. Ukupno

DEO IV – Potvrda podnosioca zahteva

Razumem da informacije koje dostavljam podležu proveri od strane odgovarajuće zdravstvene ustanove i državne ili federalne vlade. Namerno pogrešno prikazivanje ovih činjenica me čine odgovornim za sve bolničke troškove i kršenje građanskog zakona.

Ako to zatraži zdravstvena ustanova, prijaviću se za državnu ili privatnu medicinsku pomoć za plaćanje bolničkog računa.

Potvrđujem da su gorenavedene informacije o veličini porodice, prihodima i sredstvima istinite i tačne.

Razumem da je moja odgovornost da obavestim bolnicu o bilo kakvoj promeni u odnosu na moj prihod ili imovinu.

19. Potpis pacijenta ili garanta

20. Datum

### Glavna potvrda pacijenta o autentičnosti

Ime pacijenta: \_\_\_\_\_

Broj računa: \_\_\_\_\_

Datum pružanja usluge: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Stavite svoje inicijale

\_\_\_\_\_ Ja i/ili moj supružnik potvrđujem(o) da ja/mi nemamo prihoda i da nemamo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ do prihoda od \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da nemam nikakva sredstva kao što je navedeno u prijaviza besplatnu negu.

\_\_\_\_\_ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da sam beskućnik i da sam beskućnik od \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da ja/mi nemamo zdravstveno osiguranje da pokrijemo neplaćeni iznos za moje bolničke usluge.

\_\_\_\_\_ Potvrđujem da je moje ime \_\_\_\_\_. Ne mogu pružiti dokaz o identifikaciji jer: \_\_\_\_\_

(Navesti razlog)

\_\_\_\_\_ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da ja/mi imamo prihod. Naš bruto/gotovinski prihod iznosi \$ \_\_\_\_\_ i isplaćuje nam se na \_\_\_\_\_ nivou.

učestalost

\_\_\_\_\_ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da imamo imovinu na datum usluge iznad na iznos od \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da sam rezident države Nju Džersi i da nameravam zadržati Nju Džersi kao moje prebivalište.

Nastanjenog na adresi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Potvrđujem da nisam i ne nameravam potraživati isplatu od bilo koje treće strane, u celosti ili delimično, za medicinske usluge na koje se ova prijava odnosi (uključujući, bez ograničenja, osiguranje bez utvrđivanja krivice, kompenzaciju za radnike, osiguranje kuće, nedovoljno osigurane ili neosigurane vozače i potraživanje štete.) Razumem i slažem se da, ukoliko se takav zahtev podnese, Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center može oduzeti besplatnu pomoć i tražiti plaćanje svih troškova od mene. Takođe se slažem da ću obavestiti Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center kada podnesem zahtev o potraživanju.



Hackensack  
Meridian *Health*  
Pascack Valley  
Medical Center

---

Potpis pacijenta

---

Potpis štampanim slovima

---

Datum