

**New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program  
- kórházi ellátásra szóló pénzügyi támogatási program  
JELENTKEZŐLAP**

A JELENTKEZŐLAPHOZ SZEMÉLYAZONOSSÁGI IGAZOLVÁNY, JÖVEDELEMIGAZOLÁS ÉS VAGYONKIMUTATÁS SZÜKSÉGES. KÜLDJÖN MÁSOLATOT  
MINDEN KÉRT DOKUMENTUMRÓL. NE KÜLDJÖN EREDETI DOKUMENTUMOKAT, MERT AZOKAT NEM KÜLDJÜK VISSZA.

**I. RÉSZ – Személyes adatok**

1. BETEG NEVE			TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI AZONOSÍTÓSZÁM		
_____ (Vezetéknév)			_____ (Keresztnév)		_____ (Második keresztnév kezdőbetűje)
3. JELENTKEZÉS DÁTUMA		4. ELLÁTÁS KEZDETÉNEK DÁTUMA		5. ELLÁTÁS KÉRELMEZETT DÁTUMA	
____ / ____ / ____ év / hónap / nap		____ / ____ / ____ év / hónap / nap		____ / ____ / ____ év / hónap / nap	
6. BETEG LAKCÍME (UTCA, HÁZSZÁM)			7. TELEFONSZÁM		
_____			( ) -		
8. VÁROS, ÁLLAM, IRÁNYÍTÓSZÁM			9. CSALÁDTAGOK SZÁMA *		
10. AMERIKAI ÁLLAMPOLGÁR			11. BIZONYLAT A NEW JERSEY ÁLLAMBAN VALÓ 3 HÓNAPOS TARTÓZKODÁSRÓL		
Igen      Nem      Függetlenül lévő kérelem			Igen      Nem		
12. KEZES NEVE (Ha az nem a beteg)			13. 65 ÉVESNÉL IDŐSEBB BETEG?		
_____			Igen      Nem      CWF beleszámítva		
14. VAN A BETEGNEK BIZTOSÍTÁSA?      Igen      Nem					

**II. RÉSZ – Vagyon (irodai használatra)**

15. Személyes vagyon:

16. Családi vagyon:

17. Vagyonba tartozik:

- A. Készpénz
- B. Takarékbetét
- C. Folyószámla
- D. Betéti igazolások / Magán-nyugdíj
- E. Ingatlan befektetés (kivéve az elsődleges lakóhelyet)
- F. Egyéb vagyontárgyak (kincstárjegyek, forgatható  
értékpapírok, vállalati kötvények és részvények)
- G. Összesen

\* A családtagok közé tartozik Ön, házastársa és minden kiskorú gyermek. A várandós nőt két személyként kell számolni.

JELENTKEZŐLAP (Folytatás)

III. RÉSZ – Jövedelem

A kórházi ellátás támogatására való jogosultság meghatározásánál felnőttek esetén a házastárs jövedelmét és vagyonát, kiskorú gyermek esetén a szülő jövedelmét és vagyonát kell számításba venni. A jelentkezőlaphoz csatolni kell a jövedelmi kimutatást.

A jövedelem meghatározása a szolgáltatás dátumát megelőző tizenkét, három vagy egy hónap alapján történik.

A Beteg / Család bruttó jövedelme a következők közül a legkisebb összeg:

Az elmúlt 12 hónapban	vagy	Az elmúlt 3 hónapban X4	vagy	Az elmúlt 1 hónapban X12

18. JÖVEDELEMFORRÁSOK

Heti      Havi      Évi

- A. Fizetés / Munkabér a levonások előtt
- B. Szociális segély
- C. Társadalombiztosítási juttatások
- D. Munkanélküli segély és munkavállalói kártérítések
- E. Veteránoknak járó juttatások
- F. Tartásdíj / Gyerektartásdíj
- G. Anyagi támogatás
- H. Nyugdíj
- I. Biztosítási vagy évjáradék
- J. Osztalékok / Kamat
- K. Bérleti jövedelem
- L. Nettó üzleti jövedelem (magánvállalkozó / független forrás által igazolt)
- M. Egyéb (sztrájk segély, oktatási ösztöndíjak, kiutalás katonacsaládoknak, tőkéből és beruházásokból származó jövedelem)
- N. Összesen

IV. RÉSZ – Jelentkező tanúsítványa

Tudomásul veszem, hogy az általam megadott információt az illetékes egészségügyi intézmény és a szövetségi vagy állami kormányzat ellenőrizheti. A tények szándékos meghamisítása minden kórházi költségért felelőssé tesz és büntetőjogi szankciókat vonhat maga után.

Ha az egészségügyi intézmény úgy kívánja, kormányzati vagy magán-egészségügyi támogatást fogok kérelmezni kórházi számlám kifizetéséhez.

Igazolom, hogy a családtagjaim számára, jövedelmemre és vagyonomra vonatkozó fenti információ igaz és pontos.

Tudomásul veszem, hogy az én felelősségem a kórházat a jövedelmemmel vagy vagyonommal kapcsolatos bármilyen változásról értesíteni.

19. Beteg vagy kezes aláírása

20. Dátum

### A beteg elsődleges igazolása

Beteg neve: \_\_\_\_\_

Számlaszáma: \_\_\_\_\_

Ellátás dátuma: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Kérjük írja ide nevének kezdőbetűit

\_\_\_\_\_ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy nem volt jövedelmünk \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ és \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ között.

\_\_\_\_\_ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy mint azt a jótékonyági ellátás jelentkezőlapján leírtuk, nem rendelkezem vagyonnal.

\_\_\_\_\_ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ óta hajléktalan vagyok .

\_\_\_\_\_ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy nem rendelkezünk egészségügyi biztosítással, amely fedezné a kórházi ellátásomért járó, fennmaradó összeget.

\_\_\_\_\_ Kijelentem, hogy nevem \_\_\_\_\_ . Nem tudom igazolni

személyazonosságomat, mert: \_\_\_\_\_

(ok)

\_\_\_\_\_ Én és/vagy a házastársam tanúsítjuk, hogy rendelkezünk jövedelemmel. Bruttó/készpénz jövedelmünk \_\_\_\_\_ USD és \_\_\_\_\_ gyakoriság időközönként kapunk fizetést.

\_\_\_\_\_ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy az ellátás időpontjában vagyonom értéke \_\_\_\_\_ USD.

\_\_\_\_\_ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy New Jersey lakosa vagyok és a továbbiakban is New Jersey-ben kívánok maradni.

Lakóhelyem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tanúsítom, hogy nem követeltem és a jövőben sem fogok kártérítést követelni semmilyen harmadik féllel szemben, melyben az fenti kérelem tárgyát képező ellátás teljes, vagy részleges megfizetését kérem (beleértve, korlátozás nélkül, objektív vétkességi kártérítést, munkavállalói kártérítést, lakástulajdonosi biztosítást, alulbiztosított vagy nem biztosított gépkocsivezetőre szóló biztosítást és kártérítési követelést). Tudomásul veszem és beleegyezem, hogy ha bármilyen kártérítés-követelésre kerül sor, a Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center visszavonhatja jótékonyági ellátását és kérheti tőlem az összes díj megfizetését. Továbbá beleegyezem, hogy értesítem a Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Centert, ha követelést nyújtok be.

\_\_\_\_\_  
Beteg aláírása

\_\_\_\_\_  
Név nyomtatott betűkkel

\_\_\_\_\_  
Dátum