



**Программа помощи по оплате больничных услуг штата Нью-Джерси:  
ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**  
НАСТОЯЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ДОЛЖНО СОПРОВОЖДАТЬСЯ ДОКУМЕНТАМИ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМИ ЛИЧНОСТЬ,  
ДОХОДЫ И ИМЕЮЩИЕСЯ АКТИВЫ (ИМУЩЕСТВО). ПРОСИМ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ КСЕРОКОПИИ ВСЕХ НЕОБХОДИМЫХ  
ДОКУМЕНТОВ. НЕ ПРИСЫЛАЙТЕ ОРИГИНАЛЫ – ОНИ НЕ БУДУТ ВОЗВРАЩЕНЫ.

**РАЗДЕЛ I – Информация о пациенте**

1. ИМЯ ПАЦИЕНТА  _____ (фамилия) _____ (имя) _____ (отчество)		НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  _____ - _____ - _____
3. ДАТА ЗАЯВЛЕНИЯ  ____ / ____ / ____ месяц / день / год	4. ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ  ____ / ____ / ____ месяц / день / год	5. ЖЕЛАЕМАЯ ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУ  ____ / ____ / ____ месяц / день / год
6. АДРЕС ПАЦИЕНТА: ДОМ, УЛИЦА, КВАРТИРА  _____		7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА  (____) _____ - _____
8. ГОРОД, ШТАТ, ИНДЕКС  _____		9. РАЗМЕР СЕМЬИ *  _____
10. ГРАЖДАНСТВО США  Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> В процессе получения (подано заявление) <input type="checkbox"/>	11. НАЛИЧИЕ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ПРОЖИВАНИЕ В ШТАТЕ НЬЮ ДЖЕРСИ В ТЕЧЕНИЕ 3-х МЕСЯЦЕВ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
12. ИМЯ ГАРАНТА ОПЛАТЫ (если гарант-не пациент)  _____	13. ПАЦИЕНТ СТАРШЕ 65 ЛЕТ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> В системе Medicare, информация прилагается	
14. ПАЦИЕНТ ЗАСТРАХОВАН? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

**РАЗДЕЛ II – Активы и денежные средства (заполняется сотрудником)**

15. Личные активы: \_\_\_\_\_

16. Семейные активы: \_\_\_\_\_

17. Активы включают:

A. Наличные деньги \_\_\_\_\_

B. Сберегательные счета \_\_\_\_\_

C. Текущие счета \_\_\_\_\_

D. Депозитные сертификаты / I.R.A. \_\_\_\_\_

E. Доля собственности в недвижимости  
(помимо основного места жительства) \_\_\_\_\_

F. Прочие активы (казначейские облигации,  
оборотные векселя, акции и облигации  
компаний) \_\_\_\_\_

G. Итого \_\_\_\_\_

\* Размер семьи указывать с учетом пациента, супруга (-и) и несовершеннолетних детей. Беременная женщина считается как два члена семьи.

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ (продолжение)**

**РАЗДЕЛ III – Доход**

При определении соответствия требованиям программы содействия в оплате больничных услуг, для совершеннолетних пациентов учитывается также доход и активы супруги(-а), а для несовершеннолетних – доход и активы родителей.

Документы, подтверждающие доход, должны быть приложены к настоящему заявлению.

Доход рассчитывается на базе двенадцати месяцев, трех месяцев или одного месяца, предшествовавших дате получения услуг.

Совокупный доход пациента / семьи пациента равен наименьшему из следующего:

За последние 12 месяцев	или	За последние 3 месяца X4	или	За последний месяц X12

**18. ИСТОЧНИКИ ДОХОДА**

В неделю    В месяц    В год

- A. Оклад / Зарплата до вычетов
- B. Государственное пособие
- C. Выплаты социальной защиты
- D. Пособие по безработице и пособие по нетрудоспособности
- E. Выплаты ветеранам
- F. Алименты / Пособие на ребенка
- G. Денежная помощь
- H. Пенсионные выплаты
- I. Страховые выплаты или аннуитет
- J. Дивиденды / Доход от инвестиций
- K. Доход от сдачи в аренду
- L. Чистая прибыль предпринимателя (для частных предпринимателей/с подтверждением от независимого источника)
- M. Прочее (выплаты в результате забастовки, стипендии на обучение, выплаты семьям военнослужащих, доход от наследственных фондов и трастов)
- N. Итого

**РАЗДЕЛ IV – Заверение заявителя**

Я понимаю, что предоставленная мной информация будет проверена соответствующим медицинским учреждением и федеральными государственными органами или правительством штата. Намеренное искажение данной информации повлечет ответственность по выплате мной всей суммы по больничным счетам, а также применение ко мне гражданско-правовых санкций.

По требованию медицинского учреждения я обязуюсь подать заявление на получение государственных или частных пособий по содействию оплате больничных счетов.

Я подтверждаю, что вышеприведенная информация о размере моей семьи, доходе и активах соответствует действительности.



Hackensack  
Meridian *Health*  
Pascack Valley  
Medical Center

Я осознаю свою обязанность информировать больницу о любых изменениях в отношении моего дохода или имущества.

---

19. Подпись пациента или гаранта

20. Дата

---

### Основные заявления пациента

Имя пациента: \_\_\_\_\_

Номер счета: \_\_\_\_\_

Дата обращения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Проставьте инициалы

\_\_\_\_\_ Я и/или мой(-я) супруг(-а) заверяем, что доходов у меня/нас не имеется \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ по \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ и не было с.

\_\_\_\_\_ Я и/или мой(-я) супруг(-а) заверяем, что имущества, подлежащего указанию в заявлении на благотворительное обслуживание, у меня не имеется.

\_\_\_\_\_ Я и/или мой(-я) супруг(-а) заверяем, что я – бездомное лицо, и являюсь таковым с \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Я и/или мой(-я) супруг(-а) заверяем, что у меня/нас не имеется медицинской страховки, покрывающей подлежащую оплате сумму моих больничных счетов.

\_\_\_\_\_ Я заверяю, что меня зовут \_\_\_\_\_. Я не могу предоставить документы, подтверждающие мою личность, потому что:

\_\_\_\_\_  
(укажите причину)

\_\_\_\_\_ Я и/или мой(-я) супруг(-а) заверяем, что у меня/нас имеется доход. Наш совокупный/наличный доход составляет \$ \_\_\_\_\_ которые мы получаем каждые \_\_\_\_\_  
периодичность.

\_\_\_\_\_ Я и/или мой(-я) супруг(-а) заверяем, что на указанную выше дату обращения у меня имеются активы в сумме \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Я и/или мой(-я) супруг(-а) заверяем, что я постоянно проживаю в штате Нью-Джерси и намереваюсь продолжать проживать в штате Нью-Джерси.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Я заверяю, что я не обращался и не намереваюсь обращаться к третьим лицам с требованием об оплате, полной или частичной, медицинских услуг, в отношении которых составлено настоящее заявление (включая, помимо прочего, требования по выплате страховки «без вины», компенсации в связи с утратой трудоспособности, выплат по страхованию жилья, выплаты по страхованию против недозастрахованных или незастрахованных водителей, и требования, возникающие из нарушения законных прав). Я понимаю и согласен с тем, что в случае, если любое из этих требований будет выдвинуто, Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center вправе отозвать свою благотворительную помощь и взыскать с меня уплату по всем счетам в полном объеме. Кроме того, я обязуюсь информировать Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center о выдвигании такого требования.



Hackensack  
Meridian *Health*  
Pascack Valley  
Medical Center

---

Подпись пациента

---

Имя и фамилия печатными буквами

---

Дата