

## برنامج المساعدة في دفع قيمة الرعاية في مستشفيات نيوجيرسي

## تقديم طلب الاشتراك

يجب إرفاق إثبات الهوية، والدخل والأصول المملوكة بهذا الطلب. أرسل نسخاً من جميع الوثائق المطلوبة. لا ترسل الوثائق الأصلية لأنه لن يتم إرجاعها.

## القسم 1 - المعلومات الشخصية

رقم الضمان الاجتماعي -----	اسم المريض _____
_____	_____ (العائلة) _____ (الأول) _____ (اللقب)
5. التاريخ المطلوب للخدمة ____/____/____ شهر / يوم / سنة	3. تاريخ تقديم الطلب ____/____/____ شهر / يوم / سنة
4. التاريخ الأولي للخدمة ____/____/____ شهر / يوم / سنة	6. عنوان شارع المريض _____
7. رقم الهاتف (____) _____	8. المدينة، الولاية، الرمز البريدي _____
9. عدد أفراد الأسرة *	10. الجنسية الأمريكية نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لم يتم البت في الطلب <input type="checkbox"/>
11. إثبات إقامة في ولاية نيوجيرسي لمدة 3 أشهر نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	12. اسم الضامن (إذا كان شخصاً آخر غير المريض) _____
13. هل يزيد عمر المريض عن 65 سنة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ملف العمل المشترك مضمن <input type="checkbox"/>	14. هل المريض مشمول بالتغطية التأمينية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

## لقسم الثاني - معايير الأصول (استخدام مكتبي)

15. الأصول المملوكة الشخصية: \_\_\_\_\_

16. الأصول المملوكة للعائلة: \_\_\_\_\_

17. تشمل الأصول المملوكة:

أ. أصولاً نقدية \_\_\_\_\_

ب. حسابات توفير \_\_\_\_\_

ج. حسابات جارية \_\_\_\_\_

د. شهادات ودائع/حساب تقاعد فردي \_\_\_\_\_

هـ. حصص في عقارات (بخلاف مكان الإقامة الرئيسي) \_\_\_\_\_

و. أصول أخرى (أدوات خزانه، وأوراق قابلة للتداول، وأسهم وسندات شركات) \_\_\_\_\_

ز. الإجمالي 0.00

\* عدد أفراد الأسرة ويشمل الشخص نفسه، وزوجها/زوجته والأطفال القصر. تُعتبر المرأة الحامل فردين من أفراد الأسرة.

تقديم طلب الاشتراك (يتبع)

القسم الثالث - معايير الدخل

عند تقرير الأهلية للحصول على إعانة الرعاية في المستشفيات، يجب استخدام دخل الزوج/الزوجة والأصول المملوكة له/لها بالنسبة للشخص البالغ. ويجب استخدام دخل الأبوين والأصول المملوكة لهما بالنسبة إلى الطفل القاصر. يجب أن ترفق إثبات الدخل مع هذا الطلب.

يستند تقدير الدخل إلى حساب قيمته خلال اثني عشر شهرًا، أو ثلاثة أشهر، أو شهر واحد وذلك قبل تاريخ تلقي الخدمة. يساوي إجمالي دخل المريض/الأسرة القيمة الأقل مما يلي:

آخر 12 شهرًا X12	أو	آخر 3 أشهر X4	أو	آخر 12 شهرًا
---------------------	----	------------------	----	--------------

18. مصادر الدخل

سنوي	شهري	أسبوعي	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ. المرتب/الأجور قبل الاستقطاعات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب. الإعانة الحكومية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج. إعانات الضمان الاجتماعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د. إعانة البطالة وتعويض العمال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ. إعانات المحاربين القدامى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و. نفقة الزوجة المطلقة/ نفقة الطفل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز. دعمهما المالي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ح. مدفوعات المعاش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ط. مدفوعات التأمين أو الدخل السنوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ي. الأرباح / الفائدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ك. مداخيل الإيجار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ل. صافي الدخل من العمل (مهنة حرة/ يتم التحقق منه من مصدر مستقل)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	م. غير ذلك (إعانات الإضراب، وعلاوات التدريب، ومخصصات أسر العسكريين، والدخل من العقارات والشركات الاستثمارية)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ن. الإجمالي
			0.00

المادة 4 - شهادة من مقدم الطلب

أقر أنا الموقع أدناه أنني أفهم أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتحقق بواسطة هيئة الرعاية الصحية ذات الصلة والحكومة الفيدرالية أو الخاصة بالولاية. وأفهم أن أي تحريف متعمد لهذه الحقائق يجعلني مسؤولاً عن تسديد كل نفقات المستشفى ومعرضاً لعقوبات مدنية.

كما أنني سأقدم بطلب للحصول على الإعانة الطبية الحكومية أو الخاصة لتسديد فاتورة المستشفى إذا طالبتني بذلك هيئة الرعاية الصحية.

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه فيما يتعلق بعدد أفراد أسرتي ودخلها وأصولها حقيقية وصحيحة.

وأفهم أنني مسؤول عن إخطار المستشفى بأي تغيير في وضعي في ما يخص دخلي أو الأصول المملوكة لي.

20. التاريخ

19. توقيع المريض أو الضامن

الشهادة الأساسية للمريض

رقم الحساب: \_\_\_\_\_ اسم المريض: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ تاريخ الخدمة: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

يرجى التوقيع بالأحرف الأولى

أشهد أنا أو زوجي/زوجتي أو كلّ منا أننا لا نملك ولم نمتلك - فرادي أو مجتمعين - دخلاً منذ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ حتى \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

أشهد أنا أو زوجي/زوجتي أو كلّ منا أننا لا نملك - فرادي أو مجتمعين - أي أصول على النحو الوارد في طلب التقدم للحصول على الرعاية الخيرية.

أشهد أنا أو زوجي/زوجتي أو كلّ منا أنني بدون مأوى ولا أزال بدون مأوى منذ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

أشهد أنا أو زوجي/زوجتي أو كلّ منا أنني ليس لدي تأمين طبي يغطي المبلغ المستحق مقابل الخدمات التي تلقيتها من المستشفى.

أشهد أن اسمي هو \_\_\_\_\_ . لا يمكنني تقديم إثبات

هوية بسبب:

(اذكر السبب)

\_\_\_\_\_

أشهد أنا أو زوجي/زوجتي أو كلّ منا أننا نملك - فرادي أو مجتمعين - دخلاً. وأن دخلنا النقدي/إجمالي يبلغ \_\_\_\_\_ دولار أمريكي وأنه يُصرف لي على أساس \_\_\_\_\_ .

معدل التكرار

أشهد أنا أو زوجي/زوجتي أو كلّ منا أنني أملك أصولاً في تاريخ تلقي الخدمة المذكور أعلاه وأن قيمتها تبلغ بالدولار الأمريكي \_\_\_\_\_ .

أشهد أنا أو زوجي/زوجتي أو كلّ منا أنني أقيم في نيوجيرسي وأنوي أن أستمّر في الإقامة في نيوجيرسي. أقيم في: \_\_\_\_\_

أشهد أنني لم أتقدم ولا أنوي أن أتقدم بمطالبة ضد أي طرف ثالث يمكن من خلالها المطالبة بالحصول على مبلغ، بشكل كلي أو جزئي، لسداد قيمة الخدمات الطبية التي يتعلّق بها هذا الطلب (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، مطالبات تعويض المريض بغض النظر عن مرتكب الخطأ، وتعويضات العامل، وتعويضات أصحاب العقارات، ومخصصات التأمين على السائقين المؤمن عليهم أو غير المؤمن عليهم، ومطالبات المسؤولية التقصيرية). أفهم وأوافق على أنه في حالة التقدم بأي من تلك المطالبات، فإنه يجوز

Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center التراجع عن رعايته الخيرية ومطالبتي بسداد جميع التكاليف. كما أوافق كذلك على إخطار مركز Hackensack Meridian Health Pascack Valley الطبي عند تقديم أي طلب.

توقيع المريض

الاسم بخط واضح

التاريخ