

בקשה להשתתפות בתשלום לטיפול רפואי בבתי חולים בניו ג'רזי
בקשה להשתתפות

הוכחת זיהוי, הוכחת הכנסה, והוכחת נכסים חייבות להיות מצורפות לבקשה זו. שלח עותקים של כל המסמכים הדרושים. אל תשלח מסמכים מקוריים, מכיוון שהם לא יוחזרו.

חלק א' - מידע אישי

מספר הביטוח הלאומי האמריקאי _____	1. שם המטופל _____ (שם משפחה) (שם פרטי) (אות ראשונה של שם אמצעי)
5. תאריך הטיפול המבוקש _____ / _____ / _____ חודש יום שנה	3. תאריך הבקשה _____ / _____ / _____ חודש יום שנה 4. תאריך תחילת השירות _____ / _____ / _____ חודש יום שנה
7. מספר טלפון (____) _____ - _____	6. כתובת המטופל 8. עיר, מדינה, מיקוד
9. גודל משפחה*	10. אורחות אמריקאית כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> בקשה ממתנה <input type="checkbox"/>
11. הוכחה של 3 חודשי תושבות במדינת ניו-ג'רזי כן כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	12. שם הערב (אם מלבד המטופל) כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
13. האם גיל המטופל הוא מעל 65 שנים? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כולל CWF <input type="checkbox"/>	14. האם המטופל מבוטח בביטוח רפואי? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

פרק ב' - קריטריונים לנכסים (שימוש משרדי)

	15. נכסים אישיים:

	16. נכסי משפחה:

	17. הנכסים כוללים:
_____	א. כסף מזומן
_____	ב. חשבונות חיסכון
_____	ג. חשבונות עו"ש
_____	ד. תעודות פיקדון / IRA
_____	ה. הון עצמי במקרקעין (למעט מגורים עיקריים)
_____	ו. נכסים אחרים (מק"ם, ניירות ערך סחירים, מניות ואג"ח של חברות)
_____	ז. סה"כ
\$ 0.00	

* גודל המשפחה כולל המטופל, בן זוג, וכל ילד קטין. אישה בהריון נחשבת לשני בני משפחה

בקשה להשתתפות (המשך)

חלק ג' - קריטריונים להכנסה

בעת קביעת הזכאות לסיוע בבית החולים, יש להשתמש בהכנסה ובנכסים של בן זוג לחישוב הכנסת בוגר; יש להשתמש בהכנסה ובנכסים של הורה לחישוב הכנסת ילד קטין. הוכחת הכנסה חייבת ללוות את הבקשה.

ההכנסה מבוססת על חישוב של שנים עשר חודשים, שלושה חודשים או חודש אחד של הכנסה לפני מועד השירות.

המטופל/ הכנסה ברוטו למשפחה - המספר הקטן מהבאים:

החודש האחרון X12	או	3 החודשים האחרונים X4	או	12 חודשים אחרונים

18. מקורות הכנסה

שנתי	חודשי	שבועי	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. משכורת / שכר לפני ניכויים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. סיוע ציבורי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ג. תשלומי סושיאל סקיווריטי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ד. דמי אבטלה ודמי פיצויים לעובד (Workmen's Compensation)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ה. עזרה נוספת ליוצאי הצבא האמריקאי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ו. דמי מזונות לאישה/ דמי מזונות לילדים.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ז. תמיכה כספית בילדים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ח. תשלומי פנסיה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ט. תשלומי ביטוח או קצבה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י. דיבידנדים / ריבית
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י"א. הכנסות מהשכרת דירה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י"ב. רווחי עסקים נטו (עצמאים / מאומת על ידי מקור עצמאי)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י"ג. אחרים (הטבות שביתה, מענקי הכשרה, הקצאה למשפחה צבאית, הכנסה מעיזבונות ונאמנויות)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	י"ד. סך הכול
			\$ 0.00

סעיף 4 - אישור על ידי המבקש

אני מבין כי המידע שאני שולח כפוף לאימות על ידי מתקן הבריאות המתאים והממשלה הפדרלית או ממשלות המדינה. הצגת עובדות שווה תגרום לי לשאת באחריות לכל החיובים בבתי החולים ולהיות כפוף לעונשים אזרחיים.

אם התבקשתי על ידי מכוון הבריאות, אגיש בקשה לסיוע רפואי ממשלתי או פרטי לתשלום חשבון בית החולים.

אני מאשר כי המידע הנ"ל לגבי גודל משפחתי, ההכנסות והנכסים הוא אמיתי ונכון.

אני מבין שזו אחריותי ליידיע את בית החולים בכל שינוי במעמד ביחס להכנסות או לנכסים שלי.

20. תאריך

19. חתימה של החולה או הערב

התראה ראשונית של המטופל

מספר חשבון: _____ שם המטופל: _____

כתובת: _____ תאריך השירות _____

נא ראשוני

_____ אני ו/או בן זוגי מעידים על כך שאין לנו הכנסה ולא הייתה לנו הכנסה מאז ____/____/____ ל ____/____/____

_____ אני ו/או בן זוגי מעידים שאין לנו נכסים כפי שמופיעים בבקשה של ארגון הצדקה.

_____ אני ו/או בן זוגי מעידים שאני חסרת בית והיינו חסרי בית מאז ____/____/____

_____ אני ו/או בן זוגי מעידים על כך שאין לנו ביטוח רפואי לכסות את הסכום המצוין עבור שירותי בתי החולים

_____ אני מעיד ששמ _____ . אני לא יכול לספק הוכחת

זיהוי בגלל _____
(סיבה המדינה)

_____ אני ו/או בן זוגי מעידים על כך שיש לנו הכנסה. הכנסות ברוטו / מזומנים שלנו הוא \$ _____ ואנחנו מקבלים תשלום על תדירות _____ בסיס.

_____ אני ו / או בן זוגי מעידים שיש לי נכסים במועד השירות לעיל בסכום של \$ _____ .

_____ אני ו / או בן זוגי מעידים שאני תושב ניו ג'רזי ומתכוונים לשמור על ניו ג'רזי כמקום מגורינו. המתגורר ב: _____

_____ אני מעיד כי לא ביצעתי וכי אין בכוונתי להגיש תביעה כנגד כל צד שלישי שבו אני יכול לבקש תשלום, כולו או חלקו, עבור השירותים הרפואיים שאליהם מתייחסת הבקשה (לרבות, ללא הגבלה, תביעות ללא כל תקלה, פיצוי עובדים, בעלי בתים, תגמולי ביטוח רכב מבוטחים או בלתי מבוטחים ותביעות נזיקין). אני מבין ומסכים כי אם כל טענה כזו תיעשה, Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center רשאי לחזור בו מטיפול צדקה ולבקש תשלום של כל החיובים ממני. אני גם מסכים להודיע ל Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center כאשר הוגשה תביעה.

_____ חתימת החולה

_____ שם מודפס

_____ תאריך