

**Πρόγραμμα Βοήθειας Πληρωμών Φροντίδας από Νοσοκομείο του New Jersey
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ**

Η ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΤΑΙ ΑΠΟ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ, ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ, ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ. ΣΤΕΛΙΑΤΕ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ. ΜΗΝ ΣΤΕΛΝΕΤΕ ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΕΓΓΡΑΦΩΝ, ΔΙΟΤΙ ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΙΣΤΡΑΦΟΥΝ.

ΕΝΟΤΗΤΑ I – Προσωπικές Πληροφορίες

1. ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
<input style="width: 100%;" type="text"/> (Επίθετο)	<input style="width: 100%;" type="text"/> (Όνομα)	<input style="width: 100%;" type="text"/> (Αρχικό μεσαίου ονόματος)
3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ	4. ΑΡΧΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	5. ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
<input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> Μήνας / Ημέρα / Έτος	<input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> Μήνας / Ημέρα / Έτος	<input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> / <input style="width: 30%;" type="text"/> Μήνας / Ημέρα / Έτος
6. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		7. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
8. ΠΟΛΗ, ΠΟΛΙΤΕΙΑ, ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ		9. *ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΜΕΛΗ
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
10. ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	11. ΑΠΟΔΕΙΞΗ 3-ΜΗΝΙΑΙΑΣ ΚΑΤΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΤΟΥ ΝJ	
<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Εκκρεμεί Αίτηση	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	
12. ΟΝΟΜΑ ΕΓΓΥΗΤΗ (Εάν είναι άλλο άτομο εκτός από τον /την ασθενή)	13. ΕΙΝΑΙ Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ;	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> CWF Περιλαμβάνεται	
14. ΕΧΕΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ Ο/Η ΑΣΘΕΝΗΣ; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		

ΕΝΟΤΗΤΑ II – Κριτήρια Περιουσιακών Στοιχείων (για υπηρεσιακή χρήση)

15. Ατομικά περιουσιακά στοιχεία:

16. Οικογενειακά περιουσιακά στοιχεία:

17. Τα περιουσιακά στοιχεία περιλαμβάνουν:

A. Μετρητά	
B. Αποταμευτικούς λογαριασμούς	
C. Λογαριασμοί όψεων	
D. Πιστοποιητικά Κατάθεσης / I.R.A.	
E. Καθαρή αξία ακινήτων (εκτός από την πρώτη κατοικία)	
F. Άλλα περιουσιακά στοιχεία (Έντοκα γραμμάτια, διαπραγμαεύσιμα χαρτιά, Εταιρικές μετοχές και ομόλογα)	
G. Σύνολο	\$ 0.00

* Τα οικογενειακά μέλη περιλαμβάνουν τον εαυτό σας, τον/την σύζυγό σας και κάθε ανήλικο παιδί. Μια έγκυος γυναίκα υπολογίζεται ως δύο οικογενειακά μέλη.

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ (Συνέχεια)

ΕΝΟΤΗΤΑ III – Κριτήρια Εισοδήματος

Όταν καθορίζεται η καταλληλότητα για βοήθεια με τη φροντίδα νοσοκομείου, το εισόδημα ενός συζύγου και τα περιουσιακά στοιχεία πρέπει να χρησιμοποιούνται για έναν ενήλικα. Το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία του γονέα πρέπει να χρησιμοποιούνται για ένα ανήλικο παιδί. Η αίτηση αυτή πρέπει να συνοδεύεται από απόδειξη εισοδήματος.

Το εισόδημα υπολογίζεται είτε σε δώδεκα μήνες, τρεις μήνες ή ένα μήνα εισοδήματος πριν από την ημερομηνία υπηρεσίας.

Το Μικτό Εισόδημα του Ασθενούς / της Οικογένειας είναι ισοδύναμο με το μικρότερο από τα παρακάτω:

Τελευταίοι 12 Μήνες	ή	Τελευταίοι 3 Μήνες X4	ή	Ο τελευταίος 1 Μήνας X12

18. ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

	Εβδομαδιαίο	Μηνιαίο	Ετήσιο
A. Μισθός / Μισθοδοσία πριν τις κρατήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Δημόσια Βοήθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Επιδόματα Κοινωνικής Ασφάλισης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Ταμείο Ανεργίας & Αποζημίωση Εργαζομένων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Επιδόματα Βετεράνων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Διατροφή / Διατροφή για παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Χρηματική τους υποστήριξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Συνταξιοδοτικές πληρωμές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Ασφάλεια ή Ετήσια Εισοδήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Μερίσματα / Τόκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Έσοδα από ενοίκια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Καθαρό εισόδημα επιχείρησης (ελεύθερος επαγγελματίας/ επαληθευμένο από ανεξάρτητη πηγή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Άλλο (επιδόματα απεργίας, μισθοί εκπαίδευσης, στρατιωτική οικογενειακή παροχή, εισόδημα από ακίνητα και παρακαταθήκες)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Σύνολο		\$ 0.00	<input type="checkbox"/>

ΕΝΟΤΗΤΑ IV – Πιστοποίηση από τον Αιτούντα

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που υποβάλλω υπόκεινται σε εξακρίβωση από το κατάλληλο ίδρυμα υγειονομικής φροντίδας και τις Ομοσπονδιακές ή Πολιτειακές Κυβερνήσεις. Η σκόπιμη ψευδή δήλωση αυτών των δεδομένων θα με καταστήσει υπεύθυνο για όλες τις χρεώσεις του νοσοκομείου και θα υπόκειμαι σε αστικές κυρώσεις.

Εάν μου ζητηθεί από το ίδρυμα υγειονομικής φροντίδας, θα κάνω αίτηση για κυβερνητική ή ιδιωτική ιατρική βοήθεια για πληρωμή του λογαριασμού του νοσοκομείου.

Πιστοποιώ ότι οι παραπάνω πληροφορίες σχετικά με τα μέλη της οικογένειάς μου, το εισόδημά μου και τα περιουσιακά στοιχεία μου είναι αληθινές και σωστές.

Κατανοώ ότι αποτελεί ευθύνη μου να ειδοποιήσω το νοσοκομείο εάν υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση σου όσον αφορά το εισόδημα ή τα περιουσιακά στοιχεία μου.



19. Υπογραφή ασθενούς ή εγγυητή

20. Ημερομηνία

Αρχική Βεβαίωση Ασθενούς

Όνομα Ασθενούς:

Αριθμός λογαριασμού:

Ημερομηνία υπηρεσίας:

Διεύθυνση:

Βάλτε τα αρχικά του ονόματός σας

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι δεν έχουμε εισόδημα και δεν είχαμε _____ / _____ / _____ έως εισόδημα από _____ / _____ / _____

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι δεν έχουμε περιουσιακά στοιχεία όπως περιγράφεται στην αίτηση φιλανθρωπικής φροντίδας.

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι είμαστε άστεγοι και είμαστε άστεγοι από _____ / _____ / _____

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι δεν έχουμε Ασφάλιση Medical για να καλυφτεί το ανεξόφλητο ποσό για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που μου παρασχέθηκαν.

_____ Πιστοποιώ ότι ονομάζομαι _____ . Δεν δύναμαι να παρέχω απόδειξη ταυτότητας διότι: _____

_____ Εγώ και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι δεν έχουμε εισόδημα. Το μικτό μας μετρητό εισόδημα είναι \$ _____ και πληρωνόμαστε κάθε _____ συνόττητα.

_____ Εγώ ή/και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι έχω περιουσιακά στοιχεία κατά την ημερομηνία της ανωτέρω υπηρεσίας στο ποσό των \$ _____ .

_____ Εγώ ή/και ο/η σύζυγός μου δηλώνουμε ότι είμαι κάτοικος του New Jersey και σκοπεύω να παραμείνω κάτοικος του New Jersey.

Με διεύθυνση κατοικίας: _____

_____ Δηλώνω ότι δεν έχω υποβάλει ούτε σκοπεύω να υποβάλλω αίτηση αποζημίωσης έναντι τρίτων με την οποία να ζητώ πληρωμή, πλήρη ή μερική, για τις ιατρικές υπηρεσίες με τις οποίες σχετίζεται η παρούσα αίτηση (συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, αποζημιώσεις για μη σφάλματα, επιδόματα εργαζομένων, ασφάλεια ιδιοκτητών κατοικίας, μη ασφαλιζόμενων οδηγών και αξιώσεις αδικοπραξίας). Κατανοώ και συμφωνώ πως, εάν υποβληθεί τέτοια αποζημίωση, το Ιατρικό Κέντρο Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center μπορεί να αποσύρει τη φιλανθρωπική φροντίδα του και να ζητήσει πληρωμή για όλες τις χρεώσεις από εμένα. Συμφωνώ επίσης να ειδοποιήσω το Ιατρικό Κέντρο Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center όταν υποβάλλεται η αίτηση.



Hackensack
Meridian *Health*
Pascack Valley
Medical Center

Υπογραφή ασθενούς

Όνομα με κεφαλαία γράμματα

Ημερομηνία