

PRIJAVA ZA UČEŠĆE (Nastavak)

DEO III – Kriterijumi prihoda

Kada se određuje kvalifikovanost za pomoć za bolničku negu, prihod i sredstva supružnika moraju se koristiti za odrasle osobe; prihod i sredstva roditelja moraju se koristiti za maloletno dete. Dokaz o prihodu se mora priložiti uz prijavu.

Prihod se zasniva na obračunu od dvanaest meseci, tri meseca ili jednog meseca prihoda pre pružanja zdravstvenih usluga.

Bruto prihod pacijenta / porodice iznosi manje od navedenog:

Poslednjih 12 meseci	ili	Poslednja 3 meseca X4	ili	Poslednji mesec X12

18. IZVORI PRIHODA

Nedeljno Mesečno Godišnje

A. Plata / Nadnica pre odbitaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Državna pomoć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Beneficije po osnovu socijalnog osiguranja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Naknada za nezaposlenost i kompenzacija radnika povredjenog na poslu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Povlastice za ratne veterane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimentacija / Izdržavanje za decu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Novčana podrška	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Penzijske isplate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Isplata osiguranja ili anuiteta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividende / kamate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Prihodi od zakupnina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Neto poslovni prihodi (samostalno zaposlenje/potvrđeno od strane nezavisnog izvora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Ostalo (primanja po osnovu štrajkova, stipendije za obuku, vojna porodična dodela sredstava, prihod od nekretnina i fondova)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Ukupno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ 0.00			

DEO IV – Potvrda podnosioca zahteva

Razumem da informacije koje dostavljam podležu proveri od strane odgovarajuće zdravstvene ustanove i državne ili federalne vlade. Namerno pogrešno prikazivanje ovih činjenica me čine odgovornim za sve bolničke troškove i kršenje građanskog zakona.

Ako to zatraži zdravstvena ustanova, prijavitiću se za državnu ili privatnu medicinsku pomoć za plaćanje bolničkog računa.

Potvrđujem da su gorenavedene informacije o veličini porodice, prihodima i sredstvima istinite i tačne.

Razumem da je moja odgovornost da obavestim bolnicu o bilo kakvoj promeni u odnosu na moj prihod ili imovinu.

19. Potpis pacijenta ili garanta

20. Datum

Glavna potvrda pacijenta o autentičnosti

Ime pacijenta: _____

Broj računa: _____

Datum pružanja usluge: _____

Adresa: _____

Stavite svoje inicijale

_____ Ja i/ili moj supružnik potvrđujem(o) da ja/mi nemamo prihoda i da nemamo ___/___/___ do prihoda od ___/___/___

_____ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da nemam nikakva sredstva kao što je navedeno u prijaviza besplatnu negu.

_____ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da sam beskućnik i da sam beskućnik od ___/___/___

_____ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da ja/mi nemamo zdravstveno osiguranje da pokrijemo neplaćeni iznos za moje bolničke usluge.

_____ Potvrđujem da je moje ime _____. Ne mogu pružiti dokaz o identifikaciji jer: _____

(Navesti razlog)

_____ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da ja/mi imamo prihod. Naš bruto/gotovinski prihod iznosi \$ _____ i isplaćuje nam se na _____ učešalost nivou.

_____ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da imamo imovinu na datum usluge iznad na iznos od \$ _____ .

_____ Ja i/ili moj supružnik potvrđujemo da sam rezident države Nju Džersi i da nameravam zadržati Nju Džersi kao moje prebivalište.

Nastanjenog na adresi: _____

_____ Potvrđujem da nisam i ne nameravam potraživati isplatu od bilo koje treće strane, u celosti ili delimično, za medicinske usluge na koje se ova prijava odnosi (uključujući, bez ograničenja, osiguranje bez utvrđivanja krivice, kompenzaciju za radnike, osiguranje kuće, nedovoljno osigurane ili neosigurane vozače i potraživanje štete.) Razumem i slažem se da, ukoliko se takav zahtev podnese, Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center može oduzeti besplatnu pomoć i tražiti plaćanje svih troškova od mene. Takođe se slažem da ću obavestiti Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center kada podnesem zahtev o potraživanju.



Hackensack
Meridian *Health*
Pascack Valley
Medical Center

Potpis pacijenta

Potpis štampanim slovima

Datum