



**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 <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> В процессе получения (подано заявление)	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 \$ 0.00

* 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Государственное пособие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Выплаты социальной защиты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Пособие по безработице и пособие по нетрудоспособности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Выплаты ветеранам	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Алименты / Пособие на ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Денежная помощь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Пенсионные выплаты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Страховые выплаты или аннуитет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Дивиденды / Доход от инвестиций	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Доход от сдачи в аренду	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Чистая прибыль предпринимателя (для частных предпринимателей/с подтверждением от независимого источника)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Прочее (выплаты в результате забастовки, стипендии на обучение, выплаты семьям военнослужащих, доход от наследственных фондов и трастов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Итого			\$ 0.00

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