

ii kell a személyazonosságot és lakcímet igazoló okmányt, a legutóbbi szövetségi jövedelemadó-bevallást, valamint a jövedelmet és eszközöket igazoló dokumentumokról másolatokat küldjön, ne az eredeti példányokat, mert nem áll módunkban azok visszaszolgáltatása.
Ha segítségre vagy támogatásra van szüksége, illetve kérdései merülnek fel, hívja a Patient Financial Services osztályt a 908-281-1522 számon

I. Személyes adatok

KÓRHÁZ ELFOGADÁSI SZÁMA _____

Beteg neve (családi név, utónév, második utónév) _____		Családi állapot _____	Társadalombiztosítási azonosító szám _____
(HAZSZÁM ÉS UTCA) _____		SAJÁT _____	BÉRELT IDŐTARTAM _____
(VÁROS, ÁLLAM, IRÁNYÍTÓSZÁM) _____		(MEGYE) _____	
OTTHONI TELEFONSZÁM _____	NAPKÖZBEN HÍVHATÓ TELEFONSZÁM _____		
A kérvényt kitöltő személy neve _____	Beteggel fennálló kapcsolat _____	Telefonszám _____	
Kezes neve (ha különbözik a betegtől) _____	Beteggel fennálló kapcsolat _____	Telefonszám _____	

II. Biztosításra vonatkozó információk

Biztosítás neve _____	Szerződő neve _____	Beteggel fennálló kapcsolat _____
Ha nem rendelkezik biztosítással – A Marketplace-en keresztül jelentkezett-e egészségbiztosításra? Mentességet élvez a Marketplace-en keresztül történő kérelmezés alól	IGEN _____ NEM _____ IGEN _____ NEM _____	
Kérelmezett orvosi ellátást az utóbbi 6 hónapban? Ha IGEN, akkor csatolja az elutasítást tartalmazó levelet, vagy a jogosultságot igazoló dokumentumot.	IGEN _____ NEM _____ IGEN _____ NEM _____	
Ha NEM, akkor vegye fel a kapcsolatot a szociális szolgáltatások testületének helyi irodájával, hogy iránymutatásban részesüljön az ellátás kérelmezésének módját illetően.		

III. Háztartásra vonatkozó információk (sorolja fel a háztartásában élő valamennyi személyt)

HÁZTARTÁS MÉRETE _____

Háztartás tagjainak neve, a beteget is beleértve	Beteggel fennálló kapcsolat	Foglalkozás
	BETEG	

Háztartás tagjai, folytatás	Beteggel fennálló kapcsolat	Foglalkozás

IV. A háztartás jövedelemforrásai/eszközei (beleértve azokat a személyeket, akikkel vérségi, házassági vagy örökbefogadási úton rokoni kapcsolat áll)

A háztartás jövedelme:

(Jelölje meg, hogy havi (M) vagy éves (A) jövedelemről van szó)		BETEG	TOVÁBBI HÁZTARTÁS
Bér/jövedelem levonások előtt	M A	\$	\$
Önfoglalkoztató (független forrás révén ellenőrizve)	M A	\$	\$
Szociális biztonsági ellátások	M A	\$	\$
Tartásdíj/gyermektartás	M A	\$	\$
Egyéb pénzügyi támogatás	M A	\$	\$
Munkanélküli segély és táppénz	M A	\$	\$
Veterán-járandóság	M A	\$	\$
Nyugdíjkifizetések	M A	\$	\$
Biztosítási és járadéki kifizetések	M A	\$	\$
Osztalék/kamat	M A	\$	\$
Bérleti díjakból származó bevétel	M A	\$	\$

ÖSSZESEN

A háztartás eszközei:

EGYÉB ESZKÖZÖK	BETEG	TOVÁBBI HÁZTARTÁS
Megtakarítások	\$	\$
Folyószámla	\$	\$
Letéti jegy	\$	\$
Pénzpiaci számlák	\$	\$
Megtakarítási kötvények	\$	\$
Részvények	\$	\$
Kötvények	\$	\$
Egyéni nyugdíjszámla	\$	\$
401(K)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
Egyéb	\$	\$

ÖSSZESEN

V. Kérelmezői nyilatkozat

Ezennel kijelentem, hogy a családom méretére, jövedelmére és eszközeire vonatkozóan a fentebbiekben megadott adatok valóságosak és helytállóak.

Tudomásul veszem, hogy szándékosan téves adatok benyújtása esetén a kórházi ellátás teljes költsége rám hárul.

Tudomásul veszem, hogy az én felelősségem tájékoztatni a kórházat a jövedelemmel vagy eszközeimmel kapcsolatban beálló változásokról.

A beteg aláírása

DÁTUM

Kitöltő személy aláírása /Beteggel fennálló kapcsolat)

Dátum