

Proces składania wniosków o przyznanie opieki charytatywnej / pomocy finansowej

O pomoc finansową można ubiegać się w ciągu 1 roku od wypisu ze szpitala lub uzyskania opieki ambulatoryjnej.

Opieka charytatywna jest dostępna dla mieszkańców stanu New Jersey, którzy są nieubezpieczeni, ubezpieczeni poniżej wartości lub nie kwalifikują się do programów stanowych i federalnych.

Aby się zakwalifikować, należy spełnić odpowiednie kryteria zarówno pod względem dochodów, jak i stanu majątku.

Opieka charytatywna obejmuje wyłącznie opiekę szpitalną. Program ten nie ma zastosowania do lekarzy ani innych usługodawców, którzy samodzielnie wystawiają rachunki za swoje usługi.

- Prosimy o wypełnienie i podpisanie niniejszego wniosku. (Jeśli otrzymał(a) Pan(i) opiekę w kilku szpitalach Hackensack Meridian Health, należy podpisać wniosek dla każdego szpitala, w którym otrzymał(a) Pan(i) usługi.)
- Należy dołączyć kopie wszystkich wymaganych dokumentów.
- Cała dokumentacja jest oparta na dacie rozpoczęcia świadczenia usługi.
- W przypadku osób w wieku 21 lat lub młodszych, które studiuje na studiach dziennych, rodzic lub opiekun musi wypełnić wniosek i dostarczyć wszelkie niezbędne dokumenty uzupełniające. Prosimy przedłożyć zaświadczenie o swoim statusie ucznia / studenta oraz pisma o przyznaniu świadczenia finansowego za bieżący i ubiegły semestr.

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących wniosku lub dokumentacji wymaganej do złożenia wniosku należy zadzwonić do doradcy finansowego w szpitalu, w którym otrzymał(a) Pan(i) usługi.

- Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 **(551) 996-4343**
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 **(201) 854-5092**
- JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 **(732) 321-7534**

W przypadku niżej wymienionych szpitali należy dzwonić pod numer **732-902-7080:**

- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733
- Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ
- Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

Aby dodatkowo pomóc nam w rozpatrzeniu Pana(-i) wniosku o opiekę charytatywną, prosimy dostarczyć kopie tylko tych dokumentów wymienionych poniżej, które odnoszą się do Pana(-i) sytuacji. Jeśli nie zostaną dostarczone odpowiednie niżej wymienione dokumenty lub wniosek będzie niekompletny, wówczas nie będziemy mogli go rozpatrzyć. Wszystkie wymagane dokumenty są oparte na dacie świadczenia usługi. Data świadczenia usługi oznacza pierwszy dzień Pana(-i) pobytu w szpitalu.

Dowód tożsamości dla pacjenta, współmałżonka, dzieci poniżej 18. roku życia oraz studentów studiów dziennych w wieku 21 lat i młodszych

- Prosimy wybrać po jednym dla każdego członka rodziny: prawo jazdy, akt urodzenia, karta ubezpieczenia społecznego, paszport

Karta ubezpieczeniowa

- Należy skopiować przód i tył karty ubezpieczeniowej

Wyciągi bankowe / zestawienie aktywów (stan majątku), zawierające saldo na dzień świadczenia usługi

- Wyciągi z rachunków czekowych, oszczędnościowych i debetowych
- Wkłady oszczędnościowe / lokaty w kwotach przewyższających zgłoszony dochód mogą wymagać wyjaśnienia
- Aktualna dokumentacja dotycząca wszelkich certyfikatów depozytowych (CD), indywidualnych kont emerytalnych (IRA), emerytalnych planów oszczędnościowych (401K), akcji lub obligacji

Zaświadczenie o dochodach za miesiąc poprzedzający datę świadczenia usługi

- Zaświadczenie o uzyskanych zarobkach, w tym odcinki wypłaty lub podpisane oświadczenie na piśmie od pracodawcy o zarobkach brutto sporządzone na papierze firmowym
- W przypadku osób samozatrudnionych wymagany jest rachunek zysków i strat podpisany przez księgowego wraz z kopią zeznania podatkowego za poprzedni rok. Jeżeli firma pacjenta jest spółką cywilną lub korporacją, należy dostarczyć pismo od księgowego z wysokością tygodniowych poborów.
- Zaświadczenie o pozostałych dochodach, w tym między innymi emerytura, alimenty na dziecko, alimenty, świadczenia dla weteranów (VA), pismo o przyznaniu świadczeń z tytułu ubezpieczenia społecznego, pismo o przyznaniu świadczeń z tytułu programu SSI dla wszystkich członków rodziny, zasiłek dla bezrobotnych, zasiłek z tytułu niepełnosprawności na podstawie stanowej ewidencji osób niepełnosprawnych lub inne świadczenia finansowe

Zaświadczenie o miejscu zamieszkania w okresie poprzedzającym datę świadczenia usługi

- W zaświadczeniu należy wskazać adres z podaniem ulicy – NIE skrytkę pocztową
- Należy wybrać jeden z poniższych dokumentów: prawo jazdy, kopia umowy najmu, rachunek za media, pismo z datą, imieniem i nazwiskiem oraz adresem wysłane pocztą w okresie poprzedzającym datę świadczenia usługi

Zaświadczenia pacjenta: (należy podpisać i opatrzyć datą wszystko, co ma zastosowanie).

- Zaświadczenie współmałżonka, jeśli pacjent(ka) jest w związku małżeńskim (należy podpisać i opatrzyć datą wszystko, co ma zastosowanie).

W razie braku dochodów należy zapewnić podpisanie załączonej deklaracji wsparcia finansowego przez osobą, z którą Pan(i) mieszka (inną niż współmałżonek), a która pomaga Panu(-i) finansowo.

Prosimy o przesłanie swojego wniosku i dokumentów na wyżej podany adres, pod którym ubiegasz się Pan(i) o opiekę charytatywną. (Przypomnienie: opieka charytatywna jest przydzielona konkretnie dla danego szpitala, jeśli zatem otrzymał(a) Pan(i) opiekę w kilku szpitalach, wniosek należy przesłać do każdego z tych miejsc.)



**Program pomocy w opiece szpitalnej w stanie New Jersey
Wniosek o przyznanie opieki charytatywnej**

Należy zaznaczyć **WSZYSTKIE** szpitale, w których otrzymał(a) Pan(i) usługi:

() HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH
() SOMC () RBMC () OBMC

SEKCJA I – DANE OSOBOWE

NAZWISKO, PIERWSZE IMIĘ, DRUGIE IMIĘ PACJENTA		DATA URODZENIA		
DATA WNIOSKU	DATA USŁUGI	W CIĄŻY? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
ADRES PACJENTA (ULICA)		NUMER TELEFONU / KOMÓRKI ()		
MIASTO, STAN, KOD POCZTOWY		* WIELK. RODZ.	STAN CYWILNY	
CZY JEST PAN(I) OBYWATELEM USA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		CZY JEST PAN(I) MIESZKAŃCEM STANU NEW JERSEY? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
LEGALNY POBYT OD: _____				
IMIĘ I NAZWISKO GWARANTA (jeżeli jest to osoba inna niż pacjent)		OCHRONA UBEZPIECZENIOWA: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
		FIRMA UBEZP. _____ NR POLISY: _____		
INNI CZŁONKOWIE RODZINY	STOSUNEK PRAWNY	DATA UR.	W CIĄŻY? T/N	UBEZPIECZENIE? T/N
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

SEKCJA II – KRYTERIA MAJĄTKOWE

SKŁADNIKI MAJĄTKU:

- A. Konta oszczędnościowe _____
- B. Konta czekowe / rachunki bieżące _____
- C. Certyfikaty depozytowe / indywidualne konto emerytalne (IRA) _____
- D. Kapitał własny w nieruchomości (innej niż główne miejsce zamieszkania) _____
- E. Inne aktywa, emerytalne plany oszczędnościowe (401K), akcje lub obligacje _____
- F. OGÓŁEM _____

SEKCJA III – KRYTERIA DOCHODOWE

Przy ustalaniu kwalifikowalności do pomocy w opiece szpitalnej należy wziąć pod uwagę dochód pacjenta oraz – w stosownych przypadkach – współmałżonka.

W przypadku małoletniego dziecka należy uwzględnić dochód rodzica. Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie o dochodzie. Dochód oblicza się na podstawie dochodów z dwunastu miesięcy, trzech miesięcy, jednego miesiąca lub jednego tygodnia poprzedzających (poprzedzającego) datę świadczenia usługi.

IMIĘ I NAZWISKO / NAZWA PRACODAWCY:

CAŁKOWITY DOCHÓD

USD

ŹRÓDŁA DOCHODÓW:

Tygodniowo Miesięcznie Rocznie

A. Wynagrodzenie przed potrąceniami _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Pomoc publiczna _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Zasiłek z ubezpie. społ. / z tytułu niepełnosprawności _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Zasiłek dla bezrob.i ubezpie. pracownicze z tytułu bezrobocia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Świadczenia dla weteranów _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimenty / alimenty na dziecko _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Inne wsparcie finansowe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Emerytura / renta _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Wypłata z tytułu ubezpieczenia lub renty _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dywidendy / odsetki _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Dochód z najmu _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Dochód netto z działalności gospodarczej _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Inne (zasiłek z tytułu strajku, stypendia szkoleniowe, wojskowe działki rodzinne, nieruchomości lub fundusze powiernicze) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne źródła dochodów: _____			

SEKCJA IV – OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Rozumiem, że przekazane przeze mnie informacje podlegają weryfikacji przez odpowiednią placówkę opieki zdrowotnej oraz przez rząd lub stanowy. Umysłne wprowadzenie w błąd co do tych faktów sprawi, że będę odpowiedzialny(-a) za wszystkie opłaty szpitalne podlegające karom cywilnym.

W związku z tym na żądanie placówki służby zdrowia złożę wniosek o państwową lub prywatną pomoc medyczną w celu opłacenia rachunku za szpital.

Oświadczam, że wyżej podane informacje dotyczące mojego stanu rodzinnego, dochodów i majątku są prawdziwe i prawidłowe.

Rozumiem, że moim obowiązkiem jest poinformowanie szpitala o wszelkich zmianach statusu dotyczącego moich dochodów lub stanu majątku.

PODPIS PACJENTA LUB OPIEKUNA

DATA

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU URZĘDOWEGO:

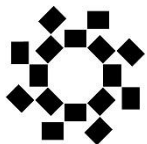
Odpowiedzialność

Brak ubezpieczenia _____ %

Po ubezpieczeniu _____ %

DATA ZATWIERDZENIA: _____ obowiązuje od dnia: _____ do dnia: _____

Podpis osoby opiniującej: _____



OŚWIADCZENIA PACJENTA

PROSIMY PODPISAĆ WSZYSTKO, CO MA ZASTOSOWANIE DO PANA(-I) SYTUACJI):

1. Oświadczam, że na dzień _____ NIE uzyskuję żadnego dochodu.
DATA

(Pacjent / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

2. Oświadczam, że nie mam ŻADNYCH AKTYWÓW / SKŁADNIKÓW MAJATKU (takich jak konta bankowe, certyfikatów depozytowych (CD) itp.) będących w posiadaniu moim ani żadnej innej osoby.

(Pacjent / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

3. Oświadczam, że jestem osobą BEZDOMNA i pozostaję BEZDOMNY(-A) od dnia _____

(Pacjent / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

4. Oświadczam, że nie mam ŻADNEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNEGO sam(a) ani poprzez inną osobę na pokrycie zaległej kwoty moich rachunków.

(Pacjent / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

ZAŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA MUSI BYĆ PODPISANE PRZEZ PACJENTA / STRONĘ ODPOWIEDZIALNĄ

5. OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM / BYŁEM(-AM) MIESZKAŃCEM STANU NEW JERSEY W CZASIE OTRZYMANIA USŁUG I ŻE ZAMIERZAM POZOSTAĆ MIESZKAŃCEM STANU NEW JERSEY.

(Pacjent / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

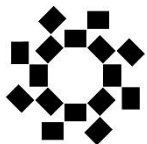
6. NINIEJSZYM POTWIERDZAM, ŻE ZGODNIE Z MOJĄ WIEDZĄ WSZYSTKIE INFORMACJE PODANE W TYM OŚWIADCZENIU SĄ PRAWDZIWE, KOMPLETNE I POPRAWNE.

(Pacjent / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

Osoba weryfikująca



OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA

PROSIMY PODPISAĆ WYŁĄCZNIE TO, CO MA ZASTOSOWANIE DO PANA(-I) SYTUACJI):

1. Oświadczam, że na dzień _____ NIE uzyskuję żadnego dochodu.
DATA

(Współmałżonek / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

2. Oświadczam, że nie mam ŻADNYCH AKTYWÓW / SKŁADNIKÓW MAJĄTKU (takich jak konta bankowe, certyfikatów depozytowych (CD) itp.) będących w posiadaniu moim ani żadnej innej osoby.

(Współmałżonek / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

3. Oświadczam, że jestem osobą BEZDOMNA i pozostaję BEZDOMNY(-A) od dnia _____

(Współmałżonek / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

4. Oświadczam, że nie mam ŻADNEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNEGO sam(a) ani poprzez inną osobę na pokrycie zaległej kwoty moich rachunków.

(Współmałżonek / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

ZAŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA MUSI BYĆ PODPISANE PRZEZ PACJENTA / STRONĘ ODPOWIEDZIALNĄ

5. OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM / BYŁEM(-AM) MIESZKAŃCEM STANU NEW JERSEY W CZASIE OTRZYMANIA USŁUG I ŻE ZAMIERZAM POZOSTAĆ MIESZKAŃCEM STANU NEW JERSEY.

(Współmałżonek / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

6. NINIEJSZYM POTWIERDZAM, ŻE ZGODNIE Z MOJĄ WIEDZĄ WSZYSTKIE INFORMACJE PODANE W TYM OŚWIADCZENIU SĄ PRAWDZIWE, KOMPLETNE I POPRAWNE.

(Współmałżonek / Strona odpowiedzialna)

Stosunek prawny

DATA

Osoba weryfikująca



DEKLARACJA WSPARCIA FINANSOWEGO

PACJENT:

DATA:

DATA URODZENIA:

DATA ROZPOCZĘCIA ŚWIADCZENIA USŁUGI:

WYPEŁNIA OSOBA UDZIELAJĄCA WSPARCIA PACJENTOWI. NIE DOTYCZY WSPÓŁMAŁŻONKA MIESZKAJĄCEGO Z PACJENTEM.

Oświadczam, że informacje podane poniżej są prawdziwe i prawidłowe. Całkowicie rozumiem, że podanie fałszywych informacji lub nieudzielenie pełnych żądanych informacji może stanowić podstawę do podejrzenia wystąpienia nadużycia finansowego, zaś Hackensack Meridian Health może podjąć stosowne kroki prawne. Rozumiem ponadto, że poniosę osobistą odpowiedzialność, jeśli informacje te będą sfalszowane, niekompletne lub w jakikolwiek sposób wprowadzające w błąd.

Prosimy poniżej zaznaczyć wszystko, co ma zastosowanie:

- Wyżej wskazana osoba mieszka ze mną od dnia (**data**): _____
- Wyżej wskazana osoba była mieszkańcem stanu New Jersey (NJ) w czasie otrzymania usług, nie ma miejsca zamieszkania w żadnym innym stanie ani kraju i zamierza pozostać w stanie NJ.
- Wyżej wskazana osoba nie jest objęta żadnego rodzaju ubezpieczeniem medycznym, w tym Medicaid ani Medicare.
- Wyżej wskazana osoba jest obecnie bezrobotna i była bezrobotna przez co najmniej jeden miesiąc przed określoną powyżej datą doręczenia.
- Wyżej wskazana osoba nie otrzymuje zasiłku dla bezrobotnych ani żadnych innych świadczeń (z tytułu niepełnosprawności, z programu świadczeń SSI, z opieki społecznej itp.)
- Zapewniam wyżywienie i schronienie wyżej wskazanej osobie.
- Zapewniam gotówkę w wysokości _____ USD miesięcznie wyżej wskazanej osobie.
- Wyżej wskazana osoba nie mieszka ze mną, ale udzielam jej wsparcia w następującej formie:

Podpis

Stosunek prawny wobec ww. osoby

Adres: _____

(Miasto)

(Stan)

(Kod pocztowy)

Numer telefonu: _____