

## Jótekonysági ellátás/pénzügyi támogatás kérelmezési eljárás

A kórház elhagyását vagy a járóbeteg-ellátást követő 1 éven belül kérelmezheti a pénzügyi támogatást.

Olyan New Jersey-i lakosok részesülhetnek jótekonysági eljárásban, akik nem rendelkeznek biztosítással, alulbiztosítottak vagy nem jogosultak állami vagy szövetségi programokra.

A jogosultság érdekében meg kell felelnie a jövedelmi és vagyoni kritériumoknak.

A jótekonysági ellátás kizárólag kórházi ellátásra terjed ki. A program nem terjed ki olyan orvosokra és egyéb szolgáltatókra, akik függetlenül számláznak a szolgáltatásaikért.

- Kérjük, töltsse ki és írja alá a kérvényt. (Ha több Hackensack Meridian Health egészségügyi szolgáltató hálózatához tartozó kórházban kapott ellátást, akkor mindegyik olyan kórház esetében alá kell írnia egy kérvényt, ahol szolgáltatásokban részesült.)
- Csatoljon minden szükséges dokumentumot.
- Az összes dokumentáció a szolgáltatás kezdési dátumán alapul.
- Amennyiben 21 éves vagy annál fiatalabb és nappali tagozatos egyetemi hallgató, akkor a szülőjének vagy gyámjának kell a kérvényt kitöltenie, és a szükséges dokumentumokat biztosítania. Kérjük, adja meg a hallgatói státusza bizonyítékát, továbbá a jelenlegi és előző szemeszterek díjazási okiratait.

**Amennyiben a kérvényezéshez szükséges, a kérvényezésre vagy a dokumentációra vonatkozó kérdése van, kérjük, hívja azon kórházi pénzügyi tanácsadóját, amelynél a szolgáltatásokat kapta.**

- 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**

**Az alábbi kórházak esetén kérjük, a **732-902-7080** számot hívja.**

- 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

**A jótékonyági ellátási kérelme feldolgozásban való további támogatásunk érdekében, az alább felsorolt dokumentumok közül, csupán a helyzetére vonatkozóak másolatait mellékelje. Ha nem biztosítja az alább felsorolt megfelelő dokumentumokat, vagy hiányos a kérelme, nem tudjuk elvégezni a kérelme feldolgozását. A szolgáltatás dátumán alapul valamennyi szükséges dokumentum. A kórházban töltött első napja jelenti a szolgáltatás dátumát.**

Beteg, házastárs, 18 év alatti gyermek és 21 éves vagy annál fiatalabbnappali tagozatos hallgatók személyi igazolványa

- Válassza ki az egyiket minden családtagja számára: vezetői engedély, születési anyakönyvi kivonat, társadalombiztosítási kártya, útlevél

Biztosítási kártyák

- A biztosítási kártya elő- és hátlapjának a másolata

A szolgáltatás dátumán az egyenlegét igazoló bankszámlakivonatok/vagyonkimutatás

- Csekkszám, takarékbetét, és betéti kártya bankszámlakivonatok
- A bejelentett jövedelmét meghaladó befizetések magyarázatot igényelhetnek Bármely CD, IRA, 401K, részvény vagy kötvény aktuális dokumentumai

A szolgáltatás dátumát megelőző hónap bevételeinek a bizonyítéka

- A jövedelem bizonyítéka, fizetési szelvény vagy a munkaadója üzleti fejléces levélpapírjára írt bruttó kereset igazolása
- Amennyiben Ön egyéni vállalkozó, könyvelő által aláírt eredménykimutatás, valamint az előző évi adóbevallás másolata szükséges. Amennyiben az Ön vállalkozása társas vállalkozás vagy vállalat, a heti keresetét kimutató könyvelő által kiállított levelet biztosítson.
- Nem munkából szerzett jövedelem bizonyítéka, beleértve, de nem korlátozva az öregségi nyugdíjra, gyerektartásra, feleségtartási díjra, veterán juttatásokra, társadalombiztosítási értesítő levélre, SSI értesítő levelekre valamennyi családtag esetén, munkanélküli vagy állami rokkantsági feljegyzésekre, illetve egyéb pénzügyi hozzájárulásokra.

A szolgáltatás dátuma előtti lakhely bizonyítéka

- Az utca címet kell tartalmaznia – **NEM** a postafiókét
- Válassza ki a következők egyikét: vezetői engedély, lízingszerződés másolata, közmű számla, a szolgáltatás dátuma előtti, a nevét és a címét tartalmazó dátumozott levél

Beteg orvosi igazolása: (írja alá és dátumozza az összes vonatkozót).

- Házastárs orvosi igazolása, amennyiben házas (írja alá és dátumozza az összes vonatkozót).

Ha nem rendelkezik jövedelemmel, azzal a személlyel írassa alá a mellékelt Támogató levelet, akinél lakik (és nem a házastársa), és aki anyagilag támogatja.

**Kérjük, arra a fenti címre küldje el a kérvényét és a dokumentumokat, ahol kérvényezi a jótékonyági ellátást. (Emlékeztető: a jótékonyági ellátás kórház specifikus, így abban az esetben, ha több helyen történt a szolgáltatások nyújtása, minden egyes helyre el kell küldenie egy kérvényt.)**



**New Jersey-i kórházi ellátást támogató program  
Jótekonysági ellátási kérelem**

Jelölje be az ÖSSZES kórházat, ahol szolgáltatást kapott:

( ) HUMC ( ) PMC ( ) JFK ( ) JSUMC ( ) OMC ( ) RMC ( ) BCH

( ) SOMC ( ) RBMC ( ) OBMC

**I. RÉSZ- SZEMÉLYES INFORMÁCIÓ**

BETEG NEVE (VEZETÉK, KERESZT, KÖZÉPSŐ)		SZÜLETÉSI DÁTUM	
KÉRELMEZÉS DÁTUMA	SZOLGÁLTATÁS DÁTUMA	TERHES? <input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM	
BETEG LAKCÍME		TELEFON-/MOBILTELEFONSZÁM ( )	
VÁROS, ÁLLAM, IRÁNYÍTÓSZÁM		*CSALÁDMÉRET	CSALÁDI ÁLLAPOT
AZ EGYESÜLT ÁLLMOK ÁLLAMPOLGÁRA? <input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM HIVATALOS LAKHELY: _____ ÉVTŐL		NEW JERSEY-I LAKOS? <input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM	
KEZES NEVE (Ha nem a beteg)		BIZTOSÍTÁSI FEDEZET: <input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM BIZTOSÍTÓTÁRSASÁG _____ KÖTVÉNYSZÁM: _____	
EGYÉB CSALÁDTAGOK	KAPCSOLAT	SZÜLETÉSI DÁTUM	TERHES? Igen/Nem
			BIZTOSÍTÁSI FEDEZET? Igen/Nem
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**II. RÉSZ VAGYONI KRITÉRIUMOK**

**VAGYON MAGÁBAN FOGLALJÁ:**

- A. Takarékbetétek \_\_\_\_\_
- B. Csekkszámlák \_\_\_\_\_
- C. Befizetési igazolások / IRA \_\_\_\_\_
- D. Ingatlantőke (ha eltér a lakhelytől) \_\_\_\_\_
- E. Egyéb javak, 401K, részvények és kötvények \_\_\_\_\_
- F. ÖSSZESEN \_\_\_\_\_

### III. RÉSZ-JÖVEDELMI KRITÉRIUMOK

A kórházi ellátás támogatására való alkalmassága meghatározásakor, a beteg, és ha van a házastárs jövedelmét kell figyelembe venni. Kiskorú gyermek esetén a szülő jövedelmét kell figyelembe venni. Jövedelemigazolást kell csatolni jelen kérelemhez. A jövedelem alapja a szolgáltatás dátumát megelőző tizenkét havi, háromhavi, egyhavi vagy egy heti jövedelem.

MUNKAVÁLLALÓ NEVE:

ÖSSZES BEVÉTEL  
\$

#### JÖVEDELEMFORRÁSOK:

	Heti	Havi	Éves
A. Levonás előtti fizetés/bérek _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Állami támogatás _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Társadalombiztosítási/rokkantsági juttatások _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Munkanélküli és munkavállalói kompenzáció _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Veterán juttatások _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Feleségtartási díj/gyerektartás _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Egyéb pénzügyi támogatás _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Nyugdíj kifizetések _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Biztosítás vagy évjáradékok _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Osztalékok/kamat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Bérbeadási bevétel _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Nettó üzleti jövedelem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Egyéb (sztrájk támogatások, ösztöndíjak, Katonai családi juttatás, birtok vagy letét) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéb jövedelemforrás: _____			

### IV. RÉSZ – A KÉRVÉNYEZŐ ÁLTAL HITELESÍTETT

Megértettem, hogy a megadott adatokat az illetékes egészségügyi létesítmény, továbbá a szövetségi vagy állami kormányzat leellenőrzi. Ezen tények szándékos félremagyarázása polgári jogi szankciókat von maga után a kórházi díjakért.

Ha az egészségügyi intézmény ezt kéri, a kórházi számla kifizetéséhez állami vagy magán egészségügyi támogatást fogok igényelni. Tanúsítom, hogy a családi állapotomra, jövedelmemre és vagyonomra vonatkozó fenti információk igazak és helyesek.

Megértettem, hogy az én felelősségem a jövedelmemet vagy vagyoni helyzetemet érintő változásokat bejelenteni a kórház felé.

**BETEG VAGY GYÁM ALÁÍRÁSA**

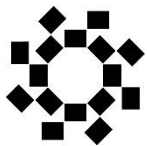
**DÁTUM**

**KIZÁRÓLAG HIVATALOS HASZNÁLATRA:** Felelősség Nincs biztosítási fedezet \_\_\_\_\_ %

Biztosítási fedezet után \_\_\_\_\_ %

JÓVÁHAGYÁS DÁTUMA: \_\_\_\_\_ Hatályos: \_\_\_\_\_ Befejeződik: \_\_\_\_\_

Értékelő aláírása: \_\_\_\_\_



## BETEGIGAZOLÁS

### JELÖLJE BE, HOGY MELYIK VONATKOZIK AZ ÖN HELYZETÉRE:

1. Tanúsítom, hogy \_\_\_\_\_ óta NEM rendelkezem jövedelemmel.

DÁTUM

\_\_\_\_\_  
(Beteg/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

2. Tanúsítom, hogy NINCS VAGYONOM (bankszámlák, CD stb.) saját vagy bármely más fél jogán.

\_\_\_\_\_  
(Beteg/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

3. Tanúsítom, hogy HAJLÉKTALAN VAGYOK, a HAJLÉKTALANSÁG kezdete \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Beteg/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

4. Tanúsítom, hogy NEM RENDELKEZEM OLYAN ORVOSI FEDEZETTEL magam vagy más fél részéről, amely fedezi a számláim kifizetetlen összegét.

\_\_\_\_\_  
(Beteg/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

### A LAKHELY TANÚSÍTÁST A BETEGNEK/FELELŐS FÉLNEK KELL ALÁÍRNI

5. TANÚSÍTOM, HOGY NEW JERSEY-I LAKOS VAGYOK/VOLTAM A KAPOTT SZOLGÁLTATÁSOK IDEJÉN, ÉS NEW JERSEY-I LAKOS KÍVÁNOK MARADNI.

\_\_\_\_\_  
(Beteg/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

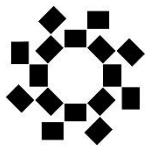
6. MEGERŐSÍTEM, HOGY A LEGJOBB TUDOMÁSOM SZERINT JELEN TANÚSÍTÁSBAN MEGADOTT VALAMENNYI INFORMÁCIÓ IGAZ, TELJES ÉS HELYES.

\_\_\_\_\_  
(Beteg/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

\_\_\_\_\_  
Ellenőr



## HÁZASTÁRSI IGAZOLÁS

### CSAK AZT ÍRJA ALÁ, AMI MEGFELEL AZ ÖN HELYZETÉNEK:

1. Tanúsítom, hogy \_\_\_\_\_ óta NEM rendelkezem jövedelemmel.

DÁTUM

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

2. Tanúsítom, hogy NINCS VAGYONOM (bankszámlák, CD stb.) saját vagy bármely más fél jogán.

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

3. Tanúsítom, hogy HAJLÉKTALAN VAGYOK, a HAJLÉKTALANSÁG kezdete \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

4. Tanúsítom, hogy NEM RENDELKEZEM OLYAN ORVOSI FEDEZETTEL magam vagy más fél részéről, amely fedezi a számláim kifizetetlen összegét.

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

### A LAKHELY TANÚSÍTÁST A BETEGNEK/FELELŐS FÉLNEK KELL ALÁÍRNI

5. **TANÚSÍTOM, HOGY NEW JERSEY-I LAKOS VAGYOK/VOLTAM A KAPOTT SZOLGÁLTATÁSOK IDEJÉN, ÉS NEW JERSEY-I LAKOS KIVÁNOK MARADNI.**

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

6. **MEGERŐSÍTEM, HOGY A LEGJOBB TUDOMÁSOM SZERINT JELEN TANÚSÍTÁSBAN MEGADOTT VALAMENNYI INFORMÁCIÓ IGAZ, TELJES ÉS HELYES.**

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/felelős fél)

\_\_\_\_\_  
Kapcsolat

\_\_\_\_\_  
DÁTUM



## TÁMOGATÓ LEVÉL

BETEG:

DÁTUM:

SZÜLETÉSI DÁTUM:

SZOLGÁLTATÁS KEZDÉSI DÁTUMA:

A BETEGNEK TÁMOGATÁST NYÚJTÓ SZEMÉLYNEK KELL KITÖLTENIE. NEM FOGLALJA MAGÁBAN A VELE EGYÜTT ÉLŐ HÁZASTÁRSAT.

Tanúsítom, hogy az alább felsorolt adatok igazak és helyesek. Maradéktalanul megértettem, hogy a hamis információk vagy kért információ hiányos megadása csalás gyanújának az alapját képezheti, és a Hackensack Meridian Health megteheti bármely idevágó jogi lépést. Továbbá megértettem, hogy személyesen felelek, ha az információk hamisak, hiányosak vagy más módon félrevezetőek.

**Alább jelölje be az Önre vonatkozóakat:**

- A fentnevezett személy velem él **(Dátum) időponttól:** \_\_\_\_\_
- A fentnevezett személy New Jersey-i lakos volt a szolgáltatás idején, és nincs más államban vagy országban lakhelye, továbbá New Jersey államban akar maradni.
- A fentnevezett személy, nem rendelkezik egészségbiztosítással, beleértve a Medicaidet és a Medicare-t.
- A fentnevezett személy jelenleg munkanélküli, és a fent megjelölt szolgáltatás nyújtásának dátuma előtt legalább egy hónapja munkanélküli volt.
- A fentnevezett személy nem kap munkanélküli segélyt vagy más típusú segélyeket (fogyatékoság, SSI, jölléti stb)
- Étkezést és szállást biztosítok a fentnevezett személynek.
- Havi \_\_\_\_\_ \$ készpénzt biztosítok a fentnevezett személy számára.
- A fentnevezett személy nem él velem, de a következő formájú támogatást biztosítom a számára:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Az Ön kapcsolata a fentnevezetttel

\_\_\_\_\_  
Aláírás

Cím: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Város)

\_\_\_\_\_  
(Állam)

\_\_\_\_\_  
(Irányítószám)

Telefonszám: \_\_\_\_\_