

Процесс подачи заявки на благотворительную помощь / финансовую помощь

Вы можете подать заявление на получение финансовой помощи в течение 1 года после выписки из больницы или получения амбулаторного лечения.

Благотворительная помощь доступна для жителей Нью-Джерси, которые не имеют страховки, имеют недостаточную страховку или не имеют права на участие в государственных и федеральных программах.

Чтобы получить право на участие в программе, вы должны соответствовать критериям приемлемости по доходу и размеру активов.

Благотворительная помощь покрывает только больничные услуги. Программа не распространяется на врачей или других поставщиков, которые самостоятельно выставляют счета за свои услуги.

- Пожалуйста, заполните и подпишите заявление. (Если вы получали лечение в нескольких больницах Hackensack Meridian Health, вам нужно будет подписать заявление для каждой больницы, где вы получали услуги.)
- Приложите копии всех необходимых документов.
- Вся документация основывается на первоначальной дате оказания услуг.
- Если вам 21 год или меньше и вы являетесь студентом дневного отделения колледжа, ваш родитель или опекун должен заполнить заявление и предоставить необходимые подтверждающие документы. Пожалуйста, предоставьте подтверждение вашего статуса студента и письма о финансовых наградах за текущий и предыдущий семестры.

Если у вас возникли вопросы относительно заявления или документов, необходимых для подачи заявления, позвоните финансовому консультанту в больницу, где вы получали услуги.

- 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**

Для нижеперечисленных больниц, пожалуйста, позвоните по телефону **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

Чтобы помочь нам в обработке вашего заявления на получение благотворительной помощи, пожалуйста, предоставляйте только копии документов, перечисленных ниже, которые относятся к вашей ситуации. Если не будет предоставлена соответствующая документация, перечисленная ниже, или ваше заявление будет неполным, мы не сможем его рассмотреть. Все необходимые документы основаны на дате предоставления услуг. Дата предоставления услуг означает первый день вашего фактического пребывания в больнице.

Удостоверение личности пациента, супруга/супруги, детей до 18 лет и студентов очной формы обучения до 21 года.

- Выберите один из следующих вариантов для каждого члена вашей семьи: водительские права, свидетельство о рождении, карточка социального обеспечения, паспорт

Страховые карты

- Скопируйте лицевую и обратную стороны страховой карты

Отчеты о банковских операциях/активах, включающие баланс на дату предоставления услуг

- Выписки со счетов расходных, сберегательных и дебетовых карт
- Депозиты сверх вашего заявленного дохода могут потребовать объяснения
- Текущая документация для любых CD (Сертификат депозита), IRA (пенсионный инвестиционный счет), плана 401K, акций или облигаций

Подтверждение дохода за месяц до даты предоставления услуги

- Подтверждение дохода, включая платежные ведомости или подписанное письменное заявление о начисленной заработной плате от вашего работодателя на фирменном бланке
- Если вы являетесь индивидуальным предпринимателем, необходимо предоставить отчет о прибылях и убытках, подписанный бухгалтером, а также копию налоговой декларации за предыдущий год. Если ваше предприятие является партнерством или корпорацией, предоставьте письмо от бухгалтера с указанием еженедельного начисления заработной платы.
- Доказательство незаработанного дохода, включая, помимо прочего, пенсию по возрасту, алименты, пособия для ветеранов, письмо о предоставлении социального обеспечения, письма о присуждении дополнительного дохода для всех членов семьи, справки о безработице или инвалидности от штата или другие финансовые взносы

Подтверждение места жительства до даты оказания услуги

- Должен показывать почтовый адрес – НЕ почтовый индекс
- Пожалуйста, выберите один из следующих вариантов: водительские права, копия договора аренды, счет за коммунальные услуги, датированное письмо с вашим именем и адресом, выданное до даты оказания услуги.

Подтверждение пациента: (подпишите и поставьте дату во всех соответствующих пунктах).

- Подтверждение супруга (супруги), если он состоит в браке (подпишите и поставьте дату во всех соответствующих пунктах).

Если у вас нет дохода, подпишите прилагаемое Письмо поддержки лицом, с которым вы проживаете (кроме супруга/супруги), которое оказывает вам финансовую поддержку.

Пожалуйста, отправьте заявление и документы по указанному выше адресу, по которому вы подаете заявление на получение благотворительной помощи. (Напоминание: благотворительная помощь зависит от конкретной больницы, поэтому, если услуги оказывались в нескольких местах, заявление необходимо подать для каждого места.)



**Программа помощи по уходу за больными в штате Нью-Джерси
Заявление о благотворительной помощи**

Отметьте ВСЕ больницы, в которых вы получали услуги:

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

() SOMC () RBMC () OBMC

РАЗДЕЛ I – ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

ИМЯ ПАЦИЕНТА (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ СРЕДНЕГО ИМЕНИ)		ДАТА РОЖДЕНИЯ		
ДАТА ЗАЯВЛЕНИЯ	ДАТА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ	БЕРЕМЕННЫ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
АДРЕС УЛИЦЫ ПАЦИЕНТА		ТЕЛЕФОН/НОМЕР СОТОВОГО ()		
ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		*РАЗМЕР СЕМЬИ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	
ВЫ ГРАЖДАНИН США? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЗАКОННЫЙ ЖИТЕЛЬ С: _____		ВЫ ЖИТЕЛЬ НЬЮ-ДЖЕРСИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
ИМЯ ГАРАНТА (если не пациент)		СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ _____ N СТРАХОВАНИЯ:		
ДРУГИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ	ОТНОШЕНИЕ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	БЕРЕМЕННЫ? Да/Нет	СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ? Да/Нет
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

РАЗДЕЛ II - КРИТЕРИИ АКТИВА

АКТИВЫ ВКЛЮЧАЮТ:

- А. Сберегательные счета _____
- Б. Расчетные счета _____
- В. Депозитные сертификаты / IRA _____
- Г.. Долевое участие в недвижимости (кроме основного места жительства) _____
- Д. Прочие активы, 401К, акции и облигации _____
- Е. ИТОГО _____

* РАЗМЕР СЕМЬИ ВКЛЮЧАЕТ СЕБЯ, СУПРУГА И ВСЕХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ. БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА УЧИТЫВАЕТСЯ КАК ДВА ЧЛЕНА СЕМЬИ.

РАЗДЕЛ III - КРИТЕРИИ ДОХОДА

При определении права на получение помощи по уходу за больным в больнице учитывается доход пациента и, если применимо, супруга.
 Доход родителя должен использоваться для несовершеннолетнего ребенка. К заявлению необходимо приложить справку о доходах. Доход определяется на основе расчета либо двенадцати месяцев, либо трех месяцев, либо одного месяца, либо одной недели дохода до даты предоставления услуги.

ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ: _____

ОБЩИЙ ДОХОД
\$ _____

ИСТОЧНИКИ ДОХОДА:

Еженедельно Ежемесячно Ежегодно

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| А. Заработная плата до вычета налогов _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Б. Государственная помощь _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| В. Пособия по социальному обеспечению/инвалидность _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Г.. Пособие по безработице и компенсация работникам _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Д.. Льготы для ветеранов _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Е.. Алименты / Содержание ребенка _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ж.. Другая денежная помощь _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| З.. Пенсионные выплаты _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| И.. Страховые или аннуитетные платежи _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Й.. Дивиденды / Проценты _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| К. Доход от аренды _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Л. Чистый доход от бизнеса _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| М. Другое (пособия по забастовке, стипендии на обучение, выделение средств семьям военнослужащих, наследство или траст) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Другой источник дохода: _____

РАЗДЕЛ IV - ПОДТВЕРЖДЕНО ЗАЯВИТЕЛЕМ

Я понимаю, что предоставленная мной информация подлежит проверке соответствующим медицинским учреждением и федеральным правительством или правительством штата. Умышленное искажение этих фактов приведет к тому, что я буду нести ответственность за все расходы больницы с учетом гражданских штрафов.

По требованию медицинского учреждения я буду обращаться за государственной или частной медицинской помощью для оплаты больничного счета

Я подтверждаю, что приведенная выше информация о моем семейном положении, доходах и активах является правдивой и достоверной.

Я понимаю, что в мои обязанности входит информирование больницы о любых изменениях в моем статусе в отношении доходов или активов.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ОПЕКУНА _____

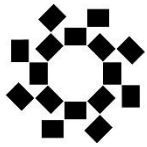
ДАТА _____

ТОЛЬКО ДЛЯ ОФИСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ: Ответственность Отсутствие страхового покрытия _____ %

После страхового покрытия _____ %

ДАТА УТВЕРЖДЕНИЯ: _____ Дата вступления в силу: _____ Дата прекращения действия: _____

Подпись эксперта: _____



ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТА

ПОДПИШИТЕ НИЖЕ ВСЕ, ЧТО МОЖЕТ ОТНОСИТЬСЯ К ВАШЕЙ СИТУАЦИИ:

1. Я подтверждаю, что по состоянию на _____ я НЕ получал(-а) никакого дохода.

ДАТА

(Пациент / ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

2. Я подтверждаю, что у меня **НЕТ НИКАКИХ АКТИВОВ** (банковских счетов, Сертификата депозита и т.д.) ни у меня, ни у других лиц.

(Пациент / ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

3. Я подтверждаю, что я **БЕЗДОМНЫЙ** и являюсь **БЕЗДОМНЫМ** с _____

(Пациент / ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

4. Я подтверждаю, что у меня **НЕТ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКИ**, ни у меня ни через любую другую сторону для покрытия непогашенной суммы моих счетов.

(Пациент / ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРОЖИВАНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОДПИСАНО ПАЦИЕНТОМ/ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНОЙ

5. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО **ЯВЛЯЮСЬ/БЫЛ ПОСТОЯННЫМ** ЖИТЕЛЕМ ШТАТА НЬЮ-ДЖЕРСИ НА МОМЕНТ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ И ЧТО Я **НАМЕРЕН ОСТАВАТЬСЯ ПОСТОЯННЫМ ЖИТЕЛЕМ ШТАТА НЬЮ-ДЖЕРСИ.**

(Пациент / ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

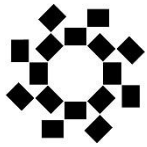
6. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО **ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, УКАЗАННАЯ В ДАННОЙ ЗАЯВКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ, ПОЛНОЙ И ПРАВИЛЬНОЙ, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО.**

(Пациент / ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

Эксперт



ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СУПРУГА (-И)

ПОДПИШИТЕ НИЖЕ ВСЕ, ЧТО МОЖЕТ ОТНОСИТЬСЯ К ВАШЕЙ СИТУАЦИИ:

1. Я подтверждаю, что по состоянию на _____ я НЕ получал(-а) никакого дохода.
ДАТА

(Супруг(-а)/ ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

2. Я подтверждаю, что у меня НЕТ НИКАКИХ АКТИВОВ (банковских счетов, Сертификата депозита и т.д.) ни у меня, ни у других лиц.

(Супруг(-а)/ ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

3. Я подтверждаю, что я БЕЗДОМНЫЙ и являюсь БЕЗДОМНЫМ с _____

(Супруг(-а)/ ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

4. Я подтверждаю, что у меня НЕТ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКИ, ни у меня ни через любую другую сторону для покрытия непогашенной суммы моих счетов.

(Супруг(-а)/ ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПРОЖИВАНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОДПИСАНО ПАЦИЕНТОМ/ОТВЕТСТВЕННОЙ СТОРОНОЙ

5. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЯВЛЯЮСЬ/БЫЛ ПОСТОЯННЫМ ЖИТЕЛЕМ ШТАТА НЬЮ-ДЖЕРСИ НА МОМЕНТ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ И ЧТО Я НАМЕРЕН(-А) ОСТАВАТЬСЯ ПОСТОЯННЫМ ЖИТЕЛЕМ ШТАТА НЬЮ-ДЖЕРСИ.

(Супруг(-а)/ ответственная сторона)

Отношение

ДАТА

6. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, УКАЗАННАЯ В ДАННОЙ ЗАЯВКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ, ПОЛНОЙ И ПРАВИЛЬНОЙ, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО.

(Супруг(-а)/ ответственная сторона)

Отношение

ДАТА



ПИСЬМО ПОДДЕРЖКИ

ПАЦИЕНТ: _____

ДАТА: _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____

ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ: _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ. НЕ ВКЛЮЧАЕТ СУПРУГА/СУПРУГУ, ПРОЖИВАЮЩЕГО ВМЕСТЕ С ВАМИ.

Я подтверждаю, что перечисленная ниже информация верна и соответствует действительности. Я полностью понимаю, что предоставление ложной информации или непредоставление запрошенной полной информации может стать основанием для мошенничества, и Hackensack Meridian Health может предпринять любые соответствующие юридические действия. Я также понимаю, что буду нести личную ответственность, если информация будет фальсифицирована, неполна или каким-либо образом вводит в заблуждение.

Отметьте ниже все, что применимо:

- Вышеупомянутое лицо живет со мной и с (Дата): _____
- Вышеуказанное лицо являлось жителем штата Нью-Джерси на момент оказания услуги, не проживает ни в каком другом штате или стране и намерено остаться в штате Нью-Джерси.
- Вышеупомянутое лицо не застраховано каким-либо видом медицинского страхования, включая Medicaid или Medicare.
- Вышеупомянутое лицо в настоящее время является безработным и не работало в течение как минимум одного месяца до указанной выше даты обслуживания.
- Вышеуказанное лицо не получает пособия по безработице или какие-либо другие виды пособий (инвалидность, SSI (Социальное обеспечение по инвалидности), социальное обеспечение и т.д.)
- Я предоставляю еду и кров вышеуказанному лицу.
- Я предоставляю наличные деньги в размере \$ _____ в месяц лицу, указанному выше.
- Вышеупомянутое лицо со мной не проживает, но я оказываю поддержку в виде:
_____.

Ваши отношения с вышеуказанным лицом

_____ Подпись

Адрес: _____

(Город)

(Штат)

(Почтовый индекс)

Номер телефона: _____