



Procedura di richiesta di Assistenza Finanziaria /Charity care (per prestazioni sanitarie)

È possibile richiedere assistenza finanziaria entro 1 anno dalla dimissione dall'ospedale o dall'erogazione di cure ambulatoriali.

L'assistenza finanziaria per prestazioni sanitarie è disponibile per i residenti del New Jersey non coperti da nessuna assicurazione, coperti da un'assicurazione non sufficiente o non idonei a programmi statali e federali.

Per poter beneficiare dell'assistenza è necessario possedere i requisiti reddituali e patrimoniali richiesti.

L'assistenza finanziaria per prestazioni sanitarie copre esclusivamente le cure ospedaliere. Il programma non si applica a medici o altri prestatori di servizi che fatturano autonomamente i servizi erogati.

- Compilare e firmare il modulo di domanda (se il paziente ha ricevuto cure in più strutture ospedaliere della rete Hackensack Meridian Health, dovrà sottoscrivere un modulo per ogni ospedale in nel quale ha ricevuto i servizi).
- Allegare copie di tutti i documenti richiesti.
- La documentazione fa riferimento alla data di inizio del servizio.
- Se il richiedente ha 21 anni o meno di 21 anni ed è uno studente universitario a tempo pieno, la domanda deve essere compilata da un genitore o tutore, che dovrà fornire i documenti di supporto necessari. Si prega di fornire la prova della condizione di studente e le relative ricevute finanziarie per il semestre in corso e per quello precedente.

In caso di dubbi relativi al modulo di domanda o alla documentazione richiesta, si prega di rivolgersi a un consulente finanziario della struttura ospedaliera nella quale sono stati erogati i servizi.

- **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**

Per le strutture ospedaliere sotto elencate, si prega di chiamare il numero 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**

Al fine di agevolare l'elaborazione della Sua richiesta di assistenza finanziaria per prestazioni sanitarie, La preghiamo di fornire solo le copie dei documenti elencati di seguito che si riferiscono alla Sua specifica situazione. La trasmissione di documentazione non corretta o incompleta non consentirà l'elaborazione della Sua domanda. Tutta la documentazione richiesta fa riferimento alla Data del servizio. Per Data del servizio si intende il primo giorno di effettiva degenza del paziente presso la struttura ospedaliera.

Documento d'identità personale del paziente, del coniuge, dei figli minori di 18 anni e degli studenti universitari a tempo pieno di età uguale o inferiore a 21 anni

- Uno a scelta fra i seguenti documenti per ogni membro della famiglia: patente di guida, certificato di nascita, carta di previdenza sociale, passaporto

Tessera di assicurato

- Copia fronte/retro della tessera di assicurato

Estratti conto bancari e patrimoniali che riportino il saldo alla data di erogazione del servizio

- Estratti di conti correnti, libretti di risparmio e carte di debito
- In caso di depositi di importo superiore al reddito dichiarato, Le potrebbero essere richiesti chiarimenti
- Documentazione aggiornata di eventuali CD, IRA, 401K, azioni od obbligazioni

Dichiarazione dei redditi del mese antecedente la data di erogazione del servizio

- Attestazione dei redditi da lavoro, ad esempio buste paga o una dichiarazione del reddito lordo scritta e firmata dal datore di lavoro su carta intestata
- Se Lei è un lavoratore autonomo, dovrà fornire un conto economico firmato da un commercialista e una copia della dichiarazione dei redditi dell'anno precedente. Se la Sua è una società di persone o di capitali, dovrà fornire un documento di un commercialista che riporti il Suo stipendio settimanale.
- Attestazione dei redditi non da lavoro, tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, pensione di anzianità, mantenimento dei figli, alimenti, sussidi VA, lettera di assegnazione della previdenza sociale, lettere di assegnazione del programma SSI per tutti i membri della famiglia, disoccupazione o libretto di invalidità statale o altri contributi finanziari

Dichiarazione della residenza antecedente alla data di erogazione servizio

- Deve riportare un recapito civico – NON una casella postale
- Uno a scelta fra i seguenti: patente di guida, copia del contratto di locazione, bolletta, corrispondenza datata recante nome e indirizzo rilasciato in data precedente alla data del servizio

Dichiarazione del paziente: (firmare e datare tutti i campi pertinenti).

- Dichiarazione del coniuge, se coniugato (firmare e datare tutti i campi pertinenti).

Se non percepisce redditi, La preghiamo di far firmare la Lettera di sostegno allegata alla domanda dalla persona presso cui risiede (diversa dal coniuge) che contribuisce al Suo sostentamento economico.

Il modulo e la documentazione devono essere inviati per posta al recapito del centro per il quale si richiede l'assistenza finanziaria, elencati sopra. (Le ricordiamo che l'assistenza finanziaria è strettamente legata alle singole strutture ospedaliere, pertanto se i servizi sono stati erogati in più sedi è necessario presentare una domanda per ciascuna sede).



**Programma di assistenza ospedaliera del New Jersey
Domanda di assistenza finanziaria/Charity care (per prestazioni sanitarie)**

Indicare TUTTI gli ospedali in nei quali si è usufruito di servizi:

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

() SOMC () RBMC () OBMC

SEZIONE I – DATI PERSONALI

| | | | |
|---|-------------------|--|------------------------------|
| NOME DEL PAZIENTE (COGNOME, NOME, INIZIALE DEL SECONDO NOME) | | DATA DI NASCITA | |
| DATA DELLA RICHIESTA | DATA DEL SERVIZIO | IN GRAVIDANZA? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO | |
| RECAPITO CIVICO DEL PAZIENTE | | TELEFONO/CELLULARE () () | |
| CITTÀ, STATO, CAP | | * NUCLEO FAMILIARE | STATO CIVILE |
| SEI UN CITTADINO STATUNITENSE? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO RISIEDO LEGALMENTE DAL: _____ | | RISIEDI NEL NEW JERSEY? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO | |
| NOME DEL GARANTE (Se diverso dal Paziente) | | COPERTURA ASSICURATIVA: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> NO COP. ASSICURATIVA _____ POLIZZA #: | |
| ALTRI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE ASSICURATIVA? S/N | RELAZIONE | DATA DI NASCITA. | IN GRAVIDANZA? S/N COPERTURA |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |

SEZIONE II- REQUISITI PATRIMONIALI

IL PATRIMONIO INCLUDE:

- A. Libretti di risparmio _____
- B. Conti correnti _____
- C. Certificati di deposito / IRA _____
- D. Partecipazione in beni immobili (diversi dalla prima residenza) _____
- E. Altre attività, 401K, azioni e obbligazioni _____
- F. TOTALE _____

* IL NUCLEO FAMILIARE COMPRENDE SE STESSI, IL CONIUGE ED EVENTUALI FIGLI MINORI. UNA DONNA INCINTA È CONTATA COME DUE MEMBRI.

SEZIONE III- REQUISITI REDDITUALI

Per determinare l' idoneità all' assistenza ospedaliera, si terrà conto del reddito del paziente ed eventualmente del coniuge. Per i figli minorenni si farà riferimento al reddito dei genitori. L' attestazione del reddito va allegata al presente modulo. Il reddito viene calcolato su un periodo di dodici mesi, tre mesi, un mese o una settimana precedente alla data del servizio.

NOME DEL DATORE DI LAVORO _____

REDDITO TOTALE
\$ _____

FONTI DI REDDITO:

| | Settimanale | Mensile | Annuale |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Stipendio / Salario al lordo delle detrazioni _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Sussidi pubblici _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Previdenza sociale/Sussidi di disabilità _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Disoccupazione e indennità di disocc. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Sussidi per i veterani _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Alimenti / Mantenimento dei figli _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Altre sovvenzioni in denaro _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Pagamenti pensionistici _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Pagamenti di polizze o vitalizi _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Dividendi / Interessi _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Redditi da locazione _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Reddito netto d'impresa _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Altro (indennità di sciopero, indennità di formazione, assegnazione alle famiglie dei militari, proprietà o beni fiduciari) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altre fonti di reddito: _____ | | | |

SEZIONE IV – CERTIFICAZIONE DEL RICHIEDENTE

Sono consapevole che le informazioni da me fornite sono soggette a verifica da parte della struttura sanitaria competente e delle autorità federali o statali. Eventuali falsificazioni intenzionali di tali informazioni mi renderanno responsabile di ogni spesa ospedaliera, oltre che di sanzioni civili.

Su richiesta della struttura sanitaria, presenterò domanda di assistenza medica governativa o privata per il pagamento della fattura ospedaliera.

Dichiaro che le informazioni di cui sopra relative al mio stato di famiglia, al reddito e al patrimonio corrispondono a verità e sono corrette.

Sono consapevole che è mia responsabilità informare l'ospedale di qualsiasi cambiamento della mia situazione reddituale o patrimoniale.

FIRMA DEL PAZIENTE O DI CHI NE FA LE VECI _____

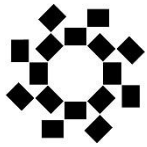
DATA _____

RISERVATO AGLI UFFICI: Responsabilità Nessuna copertura assicurativa _____ %

Dopo la copertura assicurativa _____ %

DATA DI APPROVAZIONE: _____ Decorrenza: _____ Cessazione: _____

Firma del valutatore: _____



DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

FIRMARE DI SEGUITO SOLO LE VOCI CORRISPONDENTI ALLA PROPRIA SITUAZIONE:

1. Dichiaro che alla data del _____ NON ho percepito alcun reddito.

DATA

(Paziente / Parte responsabile)

Relazione

DATA

2. Dichiaro di NON possedere PATRIMONI (conti bancari, CD, ecc.) né a titolo personale né di terzi.

(Paziente / Parte responsabile)

Relazione

DATA

3. Dichiaro di essere SENZA DIMORA e che sono SENZA DIMORA da _____

(Paziente / Parte responsabile)

Relazione

DATA

4. Dichiaro di NON possedere alcuna COPERTURA MEDICA né mia né di terzi che copra l'importo delle mie fatture.

(Paziente / Parte responsabile)

Relazione

DATA

LA DICHIARAZIONE DI RESIDENZA DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA DAL PAZIENTE/RESPONSABILE

5. DICHIARO CHE SONO/ERO RESIDENTE NEL NEW JERSEY AL MOMENTO IN CUI SONO STATI RICEVUTI I SERVIZI E CHE INTENDO RIMANERE RESIDENTE NEL NEW JERSEY.

(Paziente / Parte responsabile)

Relazione

DATA

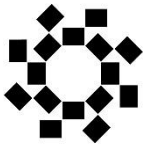
6. DICHIARO CHE TUTTE LE INFORMAZIONI FORNITE IN QUESTA DICHIARAZIONE SONO VERE, ESAURIENTI E CORRETTE PER QUANTO A MIA CONOSCENZA.

(Paziente / Parte responsabile)

Relazione

DATA

Revisore



DICHIARAZIONE DEL CONIUGE

FIRMARE DI SEGUITO SOLO LE VOCI CORRISPONDENTI ALLA PROPRIA SITUAZIONE:

1. Dichiaro che alla data del _____ NON ho percepito alcun reddito.

DATA

(Coniuge / Parte responsabile)

Relazione

DATA

2. Dichiaro di NON possedere PATRIMONI (conti bancari, CD, ecc.) né a titolo personale né di terzi.

(Coniuge / Parte responsabile)

Relazione

DATA

3. Dichiaro di essere SENZA DIMORA e che sono SENZA DIMORA da _____

(Coniuge / Parte responsabile)

Relazione

DATA

4. Dichiaro di NON possedere alcuna COPERTURA MEDICA né mia né di terzi che copra l'importo delle mie fatture.

(Coniuge / Parte responsabile)

Relazione

DATA

LA DICHIARAZIONE DI RESIDENZA DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA DAL PAZIENTE/RESPONSABILE

5. DICHIARO CHE SONO/ERO RESIDENTE NEL NEW JERSEY AL MOMENTO IN CUI SONO STATI RICEVUTI I SERVIZI E che INTENDO RIMANERE RESIDENTE NEL NEW JERSEY.

(Coniuge / Parte responsabile)

Relazione

DATA

6. DICHIARO CHE TUTTE LE INFORMAZIONI FORNITE IN QUESTA DICHIARAZIONE SONO VERE, ESAURIENTI E CORRETTE PER QUANTO A MIA CONOSCENZA

(Coniuge / Parte responsabile)

Relazione

DATA



LETTERA DI SOSTEGNO

PAZIENTE: _____

DATA: _____

DATA DI NASCITA: _____

DATA DI INIZIO DEL SERVIZIO: _____

DEVE ESSERE COMPILATA DALLA PERSONA CHE FORNISCE ASSISTENZA AL PAZIENTE. NON È INCLUSO IL CONIUGE CONVIVENTE.

Certifico la veridicità e la correttezza delle informazioni di seguito riportate. Sono pienamente consapevole che fornire informazioni false o incomplete può costituire reato di frode e che Hackensack Meridian Health potrà intraprendere tutte le azioni legali del caso. Sono inoltre consapevole che sarò personalmente ritenuto responsabile qualora le informazioni risultassero false, lacunose o in qualche modo fuorvianti.

Spuntare di seguito tutti i campi che si considerano applicabili:

- La persona di cui sopra vive con me, sin da **(Data):** _____
- La persona di cui sopra era residente nel NJ al momento del servizio, non ha residenza in altri Stati o Paesi e intende rimanere nello Stato del NJ.
- La persona di cui sopra non è coperta da alcun tipo di assicurazione medica, comprese Medicaid o Medicare.
- La persona di cui sopra è attualmente disoccupata e lo è stata per almeno un mese prima della data del servizio sopra indicata.
- La persona di cui sopra non riceve sussidi di disoccupazione o altri tipi di sussidi (invalidità, SSI, previdenza sociale, ecc.)
- Fornisco vitto e alloggio alla persona di cui sopra.
- Fornisco alla persona di cui sopra un importo in contanti pari a \$ _____ al mese.
- La persona di cui sopra non vive con me, ma la sostengo per mezzo di:

_____.

La Sua relazione con la persona di cui sopra

Firma

Indirizzo: _____

(Città)

(Stato)

(CAP)

Numero di telefono: _____