

U prilogu potražite obrasce za prijavu za dobrotvornu pomoć i finansijsku pomoć.

Za finansijsku pomoć možete podnijeti zahtjev u roku od 1 godine nakon otpusta iz bolnice ili primanja ambulantne njege.

Dobrotvorna pomoć dostupna je stanovnicima New Jersey-a koji nisu osigurani, nedovoljno su osigurani ili ne ispunjavaju uvjete za državne i savezne programe.

Da biste se kvalifikovali, morate ispunjavati kriterijume podobnosti za prihod i imovinu.

Dobrotvorna pomoć pokriva bolničku njegu. Program se ne odnosi na ljekare ili druge pružaoce usluga koji samostalno plaćaju usluge.

- Popunite i potpišite prijavu
- Priložite kopije svih potrebnih dokumenata.
- Sva dokumentacija zasniva se na datumu pružanja usluge.
- Vaš početni ili prvi datum pružanja usluge je _____
- Ako imate 21 godinu ili manje i redovni ste student, vaš roditelj ili staratelj moraju popuniti prijavu i dostaviti neophodna prateća dokumenta. Priložite dokaz o svom statusu studenta.

Ako imate bilo kakvih pitanja u vezi sa prijavom ili dokumentacijom koja je potrebna za prijavu, pozovite finansijskog savetnika na 732-902-7080. Savetnici su na raspolaganju od ponedjeljka do petka od 8:00 do 16:00.

() JERSEY SHORE UNIVERSITY MEDICAL CENTER (JSUMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1945 STATE ROUTE 33
NEPTUNE, NJ 07753

() OCEAN MEDICAL CENTER (OMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
425 JACK MARTIN BLVD
BRICK, NJ 08724

() RIVERVIEW MEDICAL CENTER (RMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 RIVERVIEW PLAZA
RED BANK, NJ 07701

() BAYSHORE COMMUNITY HOSPITAL (BCH)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
727 NORTH BEERS STREET
HOLMDEL, NJ 07733

() SOUTHERN OCEAN MEDICAL CENTER (SOMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1140 ROUTE 72 WEST
MANAHAWKIN, NJ 08050

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER – PERTH AMBOY (RBMC-PA)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
530 NEW BRUNSWICK AVE
PERTH AMBOY, NJ 08861

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER – OLD BRIDGE (RBMC-OB)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 HOSPITAL PLAZA
OLD BRIDGE, NJ 08857

Da biste nam dodatno pomogli u obradi vaše prijave za dobrotvornu pomoć, pošaljite kopije dolje navedenih dokumenata koji se odnose na vašu situaciju. Ako odgovarajuća dokumentacija navedena u nastavku nije data ili je vaša prijava nepotpuna, nećemo biti u mogućnosti da obradimo vašu prijavu. Svi potrebni dokumenti zasnivaju se na vašem datumu pružanja usluge. Datum pružanja usluge je prvi dan kada ste zapravo bili u bolnici.

Kartice osiguranja, kopirajte prednju i zadnju stranu

Lična identifikacija za pacijenta, supružnika, djecu mlađu od 18 godina i redovne studente ispod 21 godine.

- Izaberite po jednu za svakog člana porodice: vozačku dozvolu, izvod iz matične knjige rođenih, karticu socijalnog osiguranja, pasoš

Izvještaji o imovini koji uključuju saldo na vaš datum pružanja usluge

- tekući račun, štednja i izvodi računa sa debitne kartice
- Ako je izjava u štampanoj formi, neka je pečatira i potpiše predstavnik finansijske institucije.
- Za depozite preko prijavljenog prihoda može biti potrebno objašnjenje.
- Trenutna dokumentacija za sve CD-e, IRA-e, 401K-e, akcije ili obveznice.

Dokaz o dohotku za jedan mjesec prije datuma pružanja usluge

- Dokaz o ostvarenom dohotku, uključujući isplate zarade ili pismenu potpisanu izjavu o bruto zaradama od strane vašeg poslodavca na poslovnom dopisu.
- Ako radite samostalno, potreban je bilans uspjeha potpisan od strane računovođe.
- Dokaz o nezarađenom dohotku, uključujući, ali ne ograničavajući se na penziju, izdržavanje djeteta, alimentaciju, VA dodatke, pismo o dodjeli socijalnog osiguranja, dopise o dodjeli SSI za sve članove porodice, evidenciju o nezaposlenosti ili državnu evidenciju o invalidnosti ili drugim finansijskim doprinosima.
- Kompletna kopija poreske prijave za prethodnu godinu. Ako niste podnijeli prijavu, pozovite 1-800-829-1040 da biste zatražili potvrdu statusa osobe koja nije podnijela prijavu.

Dokaz o prebivalištu prije datuma pružanja usluge

- Obavezna adresa ulice - NE broj poštanskog pretinca
- Odaberite jedno od sledećeg: vozačku dozvolu, kopiju zakupa, račun za komunalne usluge, pismo podrške, datiranu poštu sa vašim imenom i adresom izdatom prije datuma pružanja usluge

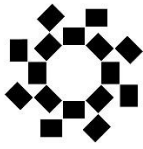
Potvrda pacijenta: (potpisati i datirati sve što je primjenljivo).

- Potvrda supružnika ako ste u braku: (potpisati i datirati sve što je primjenljivo).

Neka priloženo Pismo podrške potpiše osoba sa kojom živite (osim supružnika) koja pomaže u vašem izdržavanju.

Pošaljite svoju prijavu i dokumenta na:

**Jersey Shore University Medical Center
Financial Assistance
1945 State Route 33
Neptune, NJ 07753-9986**



Program pomoći bolnice New Jersey Hospital

Prijava za učešće

() JSUMC () OMC () RMC () BCH () SOMC () RB-PA () RB-OB

ODJELJAK I – LIČNE INFORMACIJE

IME PACIJENTA (PREZIME, IME, SREDNJI INICIJALI) ROĐENJA		SOCIJALNA ZAŠTITA		DATUM
DATUM PRIJAVE DA NE	DATUM PRUŽANJA USLUGE	ŽELJENI JEZIK	TRUDNA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ADRESA ULICE PACIJENTA			BROJ TELEFONA/MOBIJNI ()	
GRAD, DRŽAVA, POŠTANSKI BROJ BRAČNI STATUS				VELIČINA PORODICE
DRŽAVLJANSTVO SAD-a <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PRAVNI STANOVNIK OD: _____		DOKAZ N.J. PREBIVALIŠTE <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> HITNE SLUŽBE		
IME JAMCA (ako nije pacijent)		POKRIĆE OSIGURANJA: IME: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE POLISA #: _____		
DRUGI ČLANOVI PORODICE	SRODSTVO	DATUM ROĐENJA	TRUDNA	POKRIĆE OSIGURANJA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

ODJELJAK II- KRITERIJUMI ZA IMOVINU

IMOVINA OBUHVATA:

- A. Štedne račune _____
- B. Tekuće račune _____
- C. Potvrde o depozitu / IRA _____
- D. Kapital u nekretninama (osim primarnog prebivališta) _____
- E. Ostalu imovinu, 401K, akcije i obveznice _____
- F. UKUPNO _____

ODJELJAK III- KRITERIJUMI ZA PRIHODE

Pri određivanju podobnosti za medicinsku pomoć, prihod i krediti supružnika moraju se koristiti za roditelja/e odrasle osobe. Prihod i krediti moraju se koristiti za maloljetno dijete. Dokaz o prihodima mora se dostaviti uz ovaj zahtjev. Prihodi se temelje na izračunavanju dohotka od dvanaest mjeseci, tri mjeseca, jednog mjeseca ili jedne sedmice prije datuma pružanja usluge.

NAZIV POSLODAVCA: \$	UKUPNI PRIHODI			
IZVORI PRIHODA:	Sedmično	Mjesečno	Godišnje	
A. Plaća prije odbitaka _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Javna pomoć _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Naknade socijalne zaštite/za invaliditet _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Naknada za nezaposlene i radnike _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Naknade za veterane _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimentacija / izdržavanje djeteta _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Ostala novčana pomoć _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Penzije _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Uplate po osiguranju ili anuitetima _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividende/kamate _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Prihod od najma _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Neto poslovni prihod _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Ostalo (pogodnosti za štrajk, stipendije za trening, Raspored vojnih porodica, imanja ili trusta) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugi izvor prihoda: _____				

ODJELJAK IV – POTVRĐENO OD STRANE PODNOSIOCA PRIJAVE

Razumijem da informacije koje predajem podliježu provjeri od strane odgovarajuće zdravstvene ustanove i savezne ili državne vlade. U slučaju namjernog pogrešnog predstavljanja ovih činjenica podliježem obavezi plaćanja svih bolničkih troškova podložnih građanskim kaznama.

Ako zdravstvena ustanova to zatraži, podnijecu zahtjev za državnu ili privatnu ljekarsku pomoć za plaćanje bolničkog računa.

Potvrđujem da su informacije navedene gore po pitanju veličine moje porodice, prihoda i sredstava tačne i ispravne.

Shvatam da je moja odgovornost da obavijestim bolnicu o bilo kojoj promjeni statusa u pogledu mog prihoda ili sredstava.

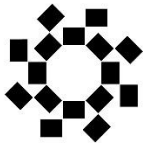
POTPIS PACIJENTA ILI STARATELJA	DATUM
--	--------------

SAMO ZA SLUŽBENU UPOTREBU: Odgovornost Bez pokrića osiguranja _____ %

Nakon pokrića osiguranja _____ %

DATUM ODOBRENJA: _____ Na snazi od: _____ Završava se: _____

Potpis procjenitelja: _____



POTVRDA PACIJENTA

U NASTAVKU POTPIŠITE SVE ŠTO JE PRIMJENLJIVO NA VAŠU SITUACIJU:

1. Potvrđujem da od _____ ja NISAM imao nikakvih prihoda.
DATUM

(Pacijent / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

2. Potvrđujem da nemam NIKAKVU IMOVINU (bankovni računi, CD-i itd.) na svoje ime ili druge strane.

(Pacijent / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

3. Potvrđujem da sam BESKUĆNIK i da sam BESKUĆNIK od _____

(Pacijent / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

4. Potvrđujem da nemam NIKAKVO MEDICINSKO OSIGURANJE na svoje ime ili druge strane da pokrije neizmireni iznos mojih računa.

(Pacijent / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

POTVRDU O PREBIVALIŠTU MORA DA POTPIŠE PACIJENT/ODGOVORNA STRANA

5. **POTVRĐUJEM DA SAM/SAM BIO STANOVNIK NEW JERSEY-A U VRIJEME PRIMANJA USLUGE I da NAMJERAVAM OSTATI STANOVNIK NEW JERSEY-A.**

(Pacijent / Odgovorna strana)

Srodstvo

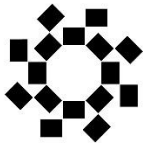
DATUM

6. **POTVRĐUJEM DA SU SVE INFORMACIJE DATE U OVOJ POTVRDI ISTINITE, POTPUNE I TAČNE PREMA MOM NAJBOLJEM SAZNANJU.**

(Pacijent / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM



POTVRDA SUPRUŽNIKA

U NASTAVKU POTPIŠITE SVE ŠTO JE PRIMJENLJIVO NA VAŠU SITUACIJU:

1. Potvrđujem da od _____ ja NISAM imao nikakvih prihoda.
DATUM

(Pacijent / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

2. Potvrđujem da nemam NIKAKVU IMOVINU (bankovni računi, CD-i itd.) na svoje ime ili druge strane.

(Supružnik / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

3. Potvrđujem da sam BESKUĆNIK i da sam BESKUĆNIK od _____

(Supružnik / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

4. Potvrđujem da nemam NIKAKVO MEDICINSKO OSIGURANJE na svoje ime ili druge strane da pokrije neizmireni iznos mojih računa.

(Supružnik / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

POTVRDU O PREBIVALIŠTU MORA DA POTPIŠE PACIJENT/ODGOVORNA STRANA

5. **POTVRĐUJEM DA SAM/SAM BIO STANOVNIK NEW JERSEY-A U VRIJEME PRIMANJA USLUGE I da NAMJERAVAM OSTATI STANOVNIK NEW JERSEY-A.**

(Supružnik / Odgovorna strana)

Srodstvo

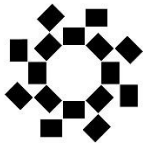
DATUM

6. **POTVRĐUJEM DA SU SVE INFORMACIJE DATE U OVOJ POTVRDI ISTINITE, POTPUNE I TAČNE PREMA MOM NAJBOLJEM SAZNANJU.**

(Supružnik / Odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM



Hackensack
Meridian Health

PISMO PODRŠKE / POMOĆI

PACIJENT:

DATUM:

DATUM ROĐENJA:

POČETNI DATUM PRUŽANJA USLUGE:

POPUNJAVA OSOBA KOJA PACIJENTU PRUŽA POMOĆ. NE OBUHVATA SUPRUŽNIKA KOJI ŽIVI SA VAMA.

Potvrđujem da su dolje navedeni podaci istiniti i tačni. Potpuno razumijem da davanje lažnih podataka ili nepotpunih informacija koje se traže mogu predstavljati osnov za prijevaru i Meridian Health može poduzeti sve potrebne pravne mjere. Takođe, razumijem da ću osobno odgovarati ako su informacije lažne, nepotpune ili na bilo koji način pogrešne.

Označite u nastavku sve što je primjenljivo:

- Gore navedena osoba živi sa mnom, od (**datum**): _____
- Gore navedena osoba u vrijeme pružanja usluge bila je stanovnik N. J.-a, bez prebivališta u bilo kojoj drugoj državi ili zemlji i namjerava ostati u ovoj državi.
- Gore navedena osoba nije pokrivena niti jednom vrstom zdravstvenog osiguranja uključujući Medicaid ili Medicare.
- Gore navedena osoba trenutno je nezaposlena i to traje najmanje mjesec dana prije datuma pružanja usluge koji je gore naveden.
- Gore navedena osoba ne prima naknade za nezaposlene ili bilo koju drugu vrstu naknada, poput naknade za invaliditet, SSI, Welfare itd.
- Za gore navedenu osobu pružam hranu i sklonište.
- Dajem gotovinu u iznosu od _____ \$ mjesečno, gore navedenoj osobi.
- Gore navedena osoba ne živi sa mnom, ali pružam pomoć u vidu:

Vaše srodstvo sa gore navedenom osobom

Potpis

Adresa: _____

Telefonski broj: _____