

Hackensack
Meridian Health

عملية تقديم طلب الرعاية الخيرية / المساعدة المالية

يمكنك التقدم بطلب الحصول على المساعدة المالية خلال عام واحد من خروجك من المستشفى أو من وقت الحصول على رعاية المرضى الخارجيين. وتتوفر الرعاية الخيرية للمقيمين بنيو جيرسي من غير المؤمن عليهم أو الذين هم قيد الحصول على التأمين أو غير المؤهلين لبرامج الولاية والبرامج الفيدرالية.

ومن أجل أن تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية الخيرية، يجب أن تفي بمعايير أهلية كلا من الدخل والأصول.

لا تغطي الرعاية الخيرية سوى الرعاية بالمستشفى فقط. ولا ينطبق هذا البرنامج على الأطباء أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يحتسبون تكلفة خدماتهم بشكل مستقل.

● يُرجى تعبئة الطلب وتوقيعه. (إذا تلقيت الرعاية الصحية في مستشفيات Hackensack Meridian Health المتعددة، فستحتاج إلى توقيع طلب لكل مستشفى على حدة حيث تلقيت الخدمات).

● أرفق نسخ من جميع المستندات المطلوبة.

● تستند جميع المستندات على تاريخ بدء الخدمة.

● إذا كنت تبلغ 21 عامًا أو أصغر وإذا كنت طالب جامعي بدوام كامل، فيجب على والدك أو الوصي عليك تعبئة الطلب وتقديم مستندات الدعم الضرورية. يُرجى تقديم دليل على حالة الطالب وخطابات المنح المالي للفصول الدراسية الحالية والسابقة.

إذا كان لديك أية أسئلة بشأن الطلب أو المستندات المطلوبة للتقدم بالطلب، يُرجى الاتصال بالمستشار المالي بالمستشفى حيث تلقيت خدماتك.

● (551) 996-4343 Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601

● (201) 854-5092 Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047

● (732) 321-7534 JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820

● للمستشفيات أدناه، اتصل على رقم 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

ولتقديم مزيد من المساعدة إلينا في معالجة طلبك للحصول على الرعاية الخيرية، يُرجى تزويدنا بنسخ من المستندات المدرجة أدناه التي تنطبق على وضعك. إذا لم يتم تقديم المستندات المناسبة المدرجة أدناه أو إذا كان طلبك غير مكتمل، فلن نتمكن من معالجة طلبك. تستند جميع المستندات المطلوبة إلى تاريخ الخدمة. ويُقصد بتاريخ الخدمة اليوم الأول الذي دخلت فيه المستشفى فعليًا.

البطاقة الشخصية للمريض والزوج والأطفال أقل من 18 عامًا والطلاب الجامعيين بدوام كامل ممن يبلغون 21 عامًا أو أقل.

- اختر واحدًا لكل فرد من أفراد أسرتك: رخصة القيادة، شهادة الميلاد، بطاقة الضمان الاجتماعي، جواز السفر

بطاقات التأمين

- انسخ الوجه الأمامي والخلفي من بطاقة التأمين

الكشوفات البنكية / كشوفات الأصول التي تتضمن رصيدك وقت حصولك على الخدمة.

- الشيكات والمدخرات وكشوفات حساب بطاقات المدين
- قد تتطلب الودائع التي تزيد عن دخلك المبلغ عنه تفسيرًا
- المستندات الحالية لأي أسهم أو سندات على شهادات وودائع أو حساب التعاقد الفردي أو خطة 401K.

إثبات الدخل لشهر واحد قبل تاريخ الخدمة.

- إثبات الدخل المكتسب، بما في ذلك كعب الرواتب أو بيان مكتوب موقع بإجمالي الأرباح من صاحب العمل على ورق الشركة.
- إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، سيكون من المطلوب تقديم كشف الأرباح والخسارة موقعًا من محاسب إلى جانب نسخة من الإقرار الضريبي للسنة السابقة. إذا كانت شركتك عبارة عن شراكة أو مؤسسة، فيجب تقديم خطاب من محاسب براتبك الأسبوعي المسحوب.
- إثبات الدخل غير المكتسب، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، معاش التقاعد ونفقة الطفل النفقة ومزايا شؤون المحاربين القدامى وخطاب منح الضمان الاجتماعي وخطابات منح الدخل التأميني الإضافي لجميع أفراد الأسرة أو البطالة أو سجل الإعاقة أو المساهمات المالية الأخرى.

إثبات الإقامة قبل تاريخ الخدمة

- يجب توضيح عنوان الشارع، وليس رمز الصندوق البريدي
- يُرجى اختيار واحدًا مما يلي: رخصة القيادة، نسخة من عقد الإيجار، فاتورة مرافق، رسالة مؤرخة، باسمك وعنوانك صادرين قبل تاريخ الخدمة.

تصديق المريض: (وقع واكتب تاريخ كل ما ينطبق).

- تصديق الشريك إن كان متزوجًا (وقع واكتب تاريخ كل ما ينطبق).

إذا لم يكن لديك دخل، وقع خطاب الدعم المرفق من الشخص الذي تقيم معه (بخلاف الشريك) والذي يساعد في دعمك ماليًا.

يُرجى إرسال طلبك والمستندات بالبريد الإلكتروني على العنوان أعلاه حيث تتقدم بطلب الحصول على الرعاية الخيرية. (تذكير: إن الرعاية الصحية مرتبطة بالمستشفى، لذا إذا تم تقديم خدمة في مواقع متعددة، فيجب تقديم الطلب إلى كل موقع).

برنامج المساعدة في الحصول على الرعاية بمستشفى نيو جيرسي
طلب الحصول على الرعاية الخيرية

حدد كل المستشفيات التي تلقيت بها الخدمات:

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

() SOMC () RBMC () OBMC

القسم 1 - معلومات شخصية

اسم المريض (الأول، الأخير، الأوسط)	تاريخ الميلاد	تاريخ تقديم الطلب	هل أنت حامل نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
عنوان الشارع الذي يسكن فيه المريض	رقم الهاتف / الهاتف الجوال ()	المدينة، الولاية، الرمز البريدي	هل أنت مواطن أمريكي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
إقامة قانونية منذ _____	*عدد أفراد الأسرة الحالة الاجتماعية	هل أنت مقيم في نيو جيرسي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أفراد الأسرة الآخرين
العلاقة	تاريخ الميلاد	حامل؟ نعم/ لا	التغطية التأمينية؟ نعم/ لا
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

القسم 2 - معايير الأصول

تشمل الأصول:

أ. حسابات التوفير

ب. الحسابات الجارية

ت. شهادات الإيداع / حساب التقاعد الفردي

ث. الأسهم في العقارات (بخلاف الإقامة الأساسية)

ج. الأصول الأخرى، 401 أسهم وسندات

ح. الإجمالي

* يشمل الحجم العائلي الشخص والزوج وأي أطفال قاصرين. يتم احتساب المرأة الحامل بمثابة فردين.

القسم 3 - معايير الدخل

إجمالي الدخل			اسم الموظف
سنويًا	شهريًا	أسبوعيًا	مصادر الدخل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ. الراتب/ الأجر قبل الخصومات _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب. المساعدات العامة _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج. التأمين الاجتماعي/ مزايا الإعاقة _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د. شركة البطالة والعمالة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ. مزايا المحاربين القدامى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و. النفقة / نفقة الطفل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز. الدعم المالي الآخر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ح. مدفوعات المعاش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ط. مدفوعات التأمين أو الأقساط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ي. توزيعات الأرباح / الفوائد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ك. دخل الإيجار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ل. صافي دخل الأعمال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	م. أخرى (مزايا الإضراب، رواتب التدريب)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ن. مخصصات الأسرة العسكرية أو التركات أو الائتمان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مصادر الدخل الأخرى:

القسم 4 – يُعتمد من مقدم الطلب

أدرك أن المعلومات التي أقدمها تخضع إلى التحقق منها من قبل منشأة الرعاية الصحية المناسبة والحكومات الفيدرالية أو حكومات الولاية. وأن التضليل المتعمد للحقائق سيجعلني مسؤولاً عن جميع رسوم المستشفى رهناً بالغرامات المدنية.

سأتقدم بطلب الحصول على المساعدة الطبية الحكومية أو الخاصة لسداد فاتورة المستشفى إذا طلبت منشأة الرعاية الصحية ذلك.

أشهد أن المعلومات أعلاه بشأن حالتي الأسرية ودخلي وأصولي حقيقية وصحيحة.

أفهم أنني أتحمّل مسؤولية إبلاغ المستشفى بأي تغيير في الحالة فيما يتعلق بدخلي أو أصولي.

التاريخ

توقيع المريض أو الوصي

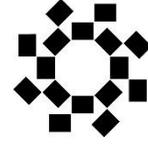
لا يوجد تغطية تأمينية _____ %

للاستخدام المكتبي فقط: المسؤولية

بعد التغطية التأمينية _____ %

تاريخ الاعتماد: _____ تاريخ السريان: _____ تاريخ الفسخ: _____

توقيع المقيم: _____



Hackensack
Meridian Health

تصديق المريض

وقع أدناه على أي ما ينطبق على وضعك فقط:

1. أصدق بأنه اعتبارًا من _____ لم أتلق أي دخل.
التاريخ

_____ (المريض / الطرف المسئول)
العلاقة التاريخ:

2. أصدق على أنني ليس لدي أي أصول (حسابات بنكية، شهادات ودائع، إلخ) من خلالي أو من خلال أي طرف آخر.

_____ (المريض / الطرف المسئول)
العلاقة التاريخ:

3. أصدق على أنني دون مأوى وأني كنت دون مأوى منذ

_____ (المريض / الطرف المسئول)
العلاقة التاريخ:

4. أصدق على أنني ليس لدي تأمين طبي من خلالي أو من خلال الغير لتغطية المبلغ المعلق من فواتيري.

_____ (المريض / الطرف المسئول)
العلاقة التاريخ:

يجب توقيع تصديق الإقامة من المريض / الطرف المسئول

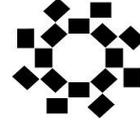
5. أصدق على أنني ما زلت / كنت مقيمًا بنيو جيرسي في وقت حصولي على الخدمة وأني أنوي أن أظل مقيمًا بها.

_____ (المريض / الطرف المسئول)
العلاقة التاريخ:

6. أؤكد بأن جميع المعلومات المقدمة في خطاب التصديق القائم حقيقية وكاملة وصحيحة إلى حد علمي.

_____ (المريض / الطرف المسئول)
العلاقة التاريخ:

المراجع



تصديق الزوج

وقع أدناه على أي ما ينطبق على وضعك فقط:

1. أصدق بأنه اعتبارًا من _____ لم أتلق أي دخل.
التاريخ

_____ التاريخ: العلاقة (الزوج/ الطرف المسئول)

2. أصدق على أنني ليس لدي أي أصول (حسابات بنكية، شهادات ودائع، إلخ) من خلالي أو من خلال أي طرف آخر.

_____ التاريخ: العلاقة (الزوج/ الطرف المسئول)

3. أصدق على أنني دون مأوى وأني كنت دون مأوى منذ

_____ التاريخ: العلاقة (الزوج/ الطرف المسئول)

4. أصدق على أنني ليس لدي تأمين طبي من خلالي أو من خلال الغير لتغطية المبلغ المعلق من فواتيري.

_____ التاريخ: العلاقة (الزوج/ الطرف المسئول)

يجب توقيع تصديق الإقامة من المريض / الطرف المسئول

5. أصدق على أنني ما زلت / كنت مقيمًا بنيو جيرسي في وقت الحصول على الخدمة وأني أنوي أن أظل مقيمًا بها.

_____ التاريخ: العلاقة (الزوج/ الطرف المسئول)

6. أؤكد بأن جميع المعلومات المقدمة في خطاب التصديق القائم حقيقية وكاملة وصحيحة إلى حد علمي.

_____ التاريخ: العلاقة (الزوج/ الطرف المسئول)



Hackensack
Meridian Health

خطاب الدعم

التاريخ:

المريض:

تاريخ الخدمة المبدئي:

تاريخ الميلاد:

يعبأ هذا الخطاب الشخص الذي يقدم الدعم إلى المريض. وهذا لا يشمل الزوج الذي يعيش معك.

أشهد أن المعلومات الواردة أدناه حقيقية وصحيحة. وأفهم بشكل كامل أن إعطاء معلومات مزورة أو الإخفاق في إعطاء معلومات كاملة مطلوبة يمكن أن يشكل أساساً للاحتيال وأن Hackensack Meridian Health قد تتخذ أي إجراء قانوني مناسب. كما أفهم أنه سيتم تحميلي المسؤولية شخصياً إذا كانت المعلومات مزورة أو غير كاملة أو مضللة بأي طريقة.

حدد كل ما ينطبق أدناه:

إن الشخص المذكور اسمه أعلاه يعيش معي، وذلك منذ (تاريخ):

كان الشخص المذكور اسمه أعلاه مقيماً بنيو جيرسي في وقت الخدمة، ولم يقم بأي ولاية أو دولة أخرى وبنوي البقاء في ولاية نيو جيرسي.

إن الشخص المذكور اسمه أعلاه ليس ضمن أي تغطية من أي نوع من التأمين الطبي، بما في ذلك Medicaid أو Medicare.

إن الشخص المذكور اسمه أعلاه لا يعمل في هذا الوقت ولم يكن يعمل لمدة شهر على الأقل من قبل تاريخ الخدمة المشار إليه أعلاه.

لا يتلقى الشخص المذكور أعلاه مزايا البطالة أو أي نوع آخر من المزايا (الإعاقة، الدخل التأميني الإضافي، الرفاهية، إلخ)

أقدم الطعام والمأوى للشخص المذكور اسمه أعلاه.

أقدم النقد بقيمة _____ دولار أمريكي شهرياً إلى الشخص المذكور اسمه أعلاه.

إن الشخص المذكور اسمه أعلاه لا يعيش معي ولكني أقدم الدعم في صورة:

التوقيع

علاقتك بالمذكور أعلاه

العنوان:

(الرمز)

(الولاية)

(المدينة)

(البريدي)

رقم الهاتف: