

Processus de demande d'aide financière/d'aide médicale

Vous pouvez faire une demande d'aide financière durant l'année qui suit votre sortie de l'hôpital ou la réception de soins ambulatoires.

L'aide médicale (Charity Care) est disponible aux résidents du New Jersey qui ne sont pas assurés ou qui sont sous-assurés ou inadmissibles aux programmes fédéraux et d'état.

Vous devez satisfaire aux critères d'admissibilité relatifs au revenu et aux actifs afin d'être admissible.

Charity Care couvre uniquement les soins hospitaliers. Le programme ne s'applique pas aux médecins ni aux autres prestataires facturant leurs services de manière indépendante.

- Veuillez remplir et signer le formulaire de demande. (Si vous recevez des soins dans plusieurs hôpitaux du Hackensack Meridian Health, vous devrez signer un formulaire de demande pour chaque hôpital dans lequel vous recevez les services).
- Joignez des copies de tous les documents nécessaires.
- La totalité des documents se base sur la date initiale de signification.
- Si vous êtes âgé(e) de 21 ans ou moins et que vous êtes un(e) étudiant(e) universitaire à temps plein, vos parents ou tuteur doivent remplir la demande et fournir les documents justificatifs nécessaires. Veuillez fournir une preuve de votre statut d'étudiant(e) et des lettres d'indemnisation financière pour les semestres précédents et actuels.

Si vous avez des questions au sujet de la demande ou des documents nécessaires à votre demande, veuillez appeler un conseiller financier à l'hôpital où vous avez reçus vos services.

- 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**

Pour les hôpitaux ci-dessous, veuillez appeler le **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

Afin de nous apporter davantage votre aide dans le traitement de votre demande de soins auprès de Charity Care, veuillez uniquement nous fournir des copies des documents énumérés ci-dessous qui s'appliquent à votre situation. Si vous ne fournissez pas les documents appropriés énumérés ci-dessous ou si votre demande est incomplète, nous ne pourrions malheureusement pas traiter votre demande. Tous les documents nécessaires se basent sur votre date de signification. La date de signification est le premier jour où vous étiez réellement à l'hôpital.

Carte d'identité personnelle du patient, du conjoint, des enfants de moins de 18 ans et des étudiants universitaires à temps plein de 21 ans et moins.

- Choisissez-en une pour chaque membre de votre famille : permis de conduire, certificat de naissance, carte de sécurité sociale, passeport

Cartes d'assurance

- Faites une copie du recto et du verso de la carte d'assurance.

Relevés d'actifs/bancaires comprenant le solde à la date de votre signification

- Relevés de compte de chèques, d'épargne et de carte de débit
- Les dépôts faits en plus de votre revenu déclaré peuvent requérir une explication
- Documents actuels pour tous les CD, IRA, 401K, actions ou obligations

Preuve de revenu du mois précédant la date de signification

- Preuve de revenu gagné, y compris des talons de chèque de paie ou un état des gains bruts signé par votre employeur sur du papier à en-tête commercial
- Si vous êtes travailleur indépendant, un compte de résultat signé par un comptable est requis accompagné d'une copie de la déclaration de revenus de l'année précédente. Si votre entreprise est une société de personnes ou une société par actions, délivrez une lettre d'un comptable avec votre salaire hebdomadaire perçu.
- Preuve de revenu non gagné, y compris, mais sans s'y limiter, la pension de retraite, la pension alimentaire pour enfants, la pension alimentaire, les prestations d'anciens combattants, la lettre d'indemnisation de la sécurité sociale, les lettres d'indemnisation SSI pour tous les membres de la famille, le dossier de chômage ou sur l'état d'invalidité ou autres cotisations financières.

Preuve de résidence avant la date de signification

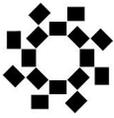
- Doit indiquer l'adresse postale – PAS une boîte postale
- Veuillez choisir l'une des options suivantes : permis de conduire, copie du bail, facture de services publics, courrier daté avec vos noms et adresse émis avant la date de signification

Attestation du patient : (signer et dater tout ce qui s'applique).

- Attestation du conjoint s'il/si elle est marié(e) (signer et dater tout ce qui s'applique).

Si vous ne percevez pas de revenu, faites signer la lettre de soutien ci-jointe par la personne avec qui vous habitez (autre qu'un conjoint) qui vous aide à subvenir financièrement à vos besoins.

Veillez poster votre demande et vos documents à l'adresse suivante à laquelle vous faites une demande d'aide médicale. (Rappel : l'aide médicale est spécifique à l'hôpital, par conséquent si les des services ont été délivrés à plusieurs endroits, une demande doit être soumise pour chaque endroit).



**Programme d'aide aux soins de l'hôpital du New Jersey
Demande d'aide médicale**

Cochez TOUS les hôpitaux où vous avez reçus des services:

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

() SOMC () RBMC () OBMC

SECTION I – INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM DU PATIENT (NOM, PRÉNOM, INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM)		DATE DE NAISSANCE	
DATE DE DEMANDE	DATE DE SIGNIFICATION	ENCEINTE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ADRESSE PHYSIQUE DU PATIENT		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE/PORTABLE ()	
VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL		*TAILLE DE LA FAMILLE	ÉTAT CIVIL
ÊTES-VOUS UN CITOYEN AMÉRICAIN ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON RÉSIDENT LÉGal DEPUIS : _____		ÊTES-VOUS UN RÉSIDENT DU NEW JERSEY ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
NOM DU GARANT (si autre que le patient)		COUVERTURE D'ASSURANCE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON POLICE D'ASSURANCE _____ n° :	
AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE	LE LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE	ENCEINTE ? O/N
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

SECTION II – CRITÈRES RELATIFS AUX ACTIFS

LES ACTIFS COMPRENNENT :

- A. Comptes d'épargne _____
- B. Comptes chèque _____
- C. Certificats de dépôt/IRA _____
- D. Patrimoine immobilier (autre que la résidence principale) _____
- E. Autres éléments d'actif, 401K, actions et obligations _____
- F. TOTAL _____

* LA TAILLE DE LA FAMILLE COMPREND VOTRE CONJOINT, VOS ENFANTS MINEURS ET VOUS-MÊME. UNE FEMME ENCEINTE EST COMPTÉE COMME DEUX MEMBRES DE LA FAMILLE.

SECTION III – CRITÈRES DE REVENU

Lors de la détermination de l'admissibilité à l'aide médicale hospitalière, le revenu du patient et le cas échéant, celui de son/sa conjoint/e doivent être utilisés.

Les revenus des parents doivent être utilisés pour un enfant mineur. Une preuve de revenu doit être jointe à la présente demande. Le revenu est basé sur le calcul de douze mois, trois mois, un mois ou une semaine de revenu avant la date de signification.

NOM DE L'EMPLOYEUR :

REVENU TOTAL
\$

SOURCE DE REVENU :

Hebdomadaire Mensuelle Annuelle

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Rémunération/salaires avant déductions _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Aide publique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Prestations de sécurité sociale/d'invalidité _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Chômage et indemnité pour accident du travail _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Prestations d'ancien combattant _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Pension/pension alimentaire pour enfants _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Autres mesures de soutien monétaire _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Paiements de retraite _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Versements d'assurance ou de rente _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Dividendes/intérêts _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Revenus de location _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Revenu net d'entreprise _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Autres (indemnités de grève, allocations de formation,
Attribution familiale militaire, succession ou fiducie) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autre source de revenu : _____

SECTION IV – CERTIFIÉ PAR LE DEMANDEUR

Je comprends que les renseignements que je fournis peuvent être soumis à une vérification par l'établissement de soins de santé approprié et par le gouvernement fédéral ou le gouvernement de l'État. Toute fausse déclaration délibérée de ces faits me rendra responsable de tous les frais d'hospitalisation sous peine de sanctions civiles.

Si l'établissement de soins de santé l'exige, je ferai la demande d'une aide médicale gouvernementale ou privée afin de payer la facture de l'hôpital.

Je certifie que les renseignements ci-dessus concernant ma situation de famille, mon revenu et mes actifs sont véridiques et exacts.

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'aviser l'hôpital de tout changement de statut en ce qui concerne mon revenu ou mes actifs.

SIGNATURE DU PATIENT OU DU TUTEUR

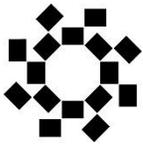
DATE

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION : Responsabilité Aucune couverture d'assurance _____ %

Après la couverture d'assurance _____ %

DATE APPROUVÉE : _____ Début : _____ Fin : _____

Signature de l'évaluateur : _____



ATTESTATION DU PATIENT

SIGNEZ CI-DESSOUS TOUT CE QUI PEUT S'APPLIQUER À VOTRE SITUATION :

1. J'atteste qu'en date du _____ je n'ai PAS reçu de
revenu.

DATE

(Patient/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

2. J'atteste que je ne possède AUCUN ACTIF (comptes bancaires, CD, etc.) m'appartenant ou appartenant à toute autre partie.

(Patient/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

3. J'atteste que je suis SANS-ABRI et que j'ai été SANS-ABRI depuis _____

(Patient/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

4. J'atteste que je ne souscris moi-même à AUCUNE COUVERTURE MÉDICALE ou par le biais de toute autre partie afin de couvrir le montant impayé de mes factures.

(Patient/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

L'ATTESTATION DE RÉSIDENCE DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE PATIENT/LA PARTIE RESPONSABLE

5. J'ATTESTE QUE JE SUIS/J'ÉTAIS RÉSIDENT(E) DU NEW JERSEY AU MOMENT OÙ J'AI REÇU LES SERVICES ET QUE JE COMPTE CONSERVER MA RÉSIDENCE AU NEW JERSEY.

(Patient/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

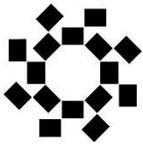
6. J'ATTESTE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PRÉSENTE ATTESTATION SONT VÉRIDIQUES, COMPLETS ET EXACTS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.

(Patient/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

Examineur



ATTESTATION DU CONJOINT

SIGNEZ CI-DESSOUS UNIQUEMENT CE QUI PEUT S'APPLIQUER À VOTRE SITUATION :

1. J'atteste qu'en date du _____ je n'ai PAS reçu de revenu.

DATE

(Conjoint/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

2. J'atteste que je ne possède AUCUN ACTIF (comptes bancaires, CD, etc.) m'appartenant ou appartenant à toute autre partie.

(Conjoint/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

3. J'atteste que je suis SANS-ABRI et que j'ai été SANS-ABRI depuis _____

(Conjoint/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

4. J'atteste que je ne souscris moi-même à AUCUNE COUVERTURE MÉDICALE ou par le biais de toute autre partie afin de couvrir le montant impayé de mes factures.

(Conjoint/partie responsable)

Lien de parenté

DATE

L'ATTESTATION DE RÉSIDENCE DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE PATIENT/LA PARTIE RESPONSABLE

5. J'ATTESTE QUE JE SUIS/J'ÉTAIS RÉSIDENT(E) DU NEW JERSEY AU MOMENT OÙ J'AI REÇU LES SERVICES ET QUE JE COMPTE CONSERVER MA RÉSIDENCE AU NEW JERSEY.

(Conjoint/partie responsable)

Lien de parenté

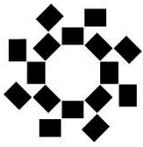
DATE

6. J'ATTESTE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PRÉSENTE ATTESTATION SONT VÉRIDIQUES, COMPLETS ET EXACTS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.

(Conjoint/partie responsable)

Lien de parenté

DATE



LETTRE DE SOUTIEN

PATIENT :

DATE :

DATE DE NAISSANCE :

DATE INITIALE DE SIGNIFICATION :

À REMPLIR PAR LA PERSONNE QUI FOURNIT UN SOUTIEN AU PATIENT. NE COMPREND PAS UN CONJOINT VIVANT AVEC VOUS.

J'atteste que les renseignements ci-dessous sont véridiques et exacts. Je comprends parfaitement que le fait de donner de fausses informations ou de ne pas fournir les informations complètes demandées peut constituer un motif de fraude et Hackensack Meridian Health peut prendre toute mesure légale appropriée. Je comprends en outre que je serai tenu(e) personnellement responsable si l'information est fausse, incomplète ou trompeuse d'une certaine façon.

Cochez ci-dessous ce qui s'applique :

- La personne susmentionnée vit avec moi et ce depuis le **(Date)** : _____
- La personne susmentionnée était un résident du N.J. au moment de la signification, n'a pas de résidence dans un autre État ou pays et a l'intention de rester dans l'État du NJ.
- La personne susmentionnée n'est couverte par aucun type d'assurance médicale, y compris Medicaid ou Medicare.
- La personne susmentionnée est actuellement sans emploi et l'a été pendant au moins un mois avant l'entrée en vigueur de la date de signification indiquée ci-dessus.
- La personne susmentionnée ne reçoit pas d'allocations chômage ou d'autres types d'allocations (handicap, allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI), assistance publique, etc.)
- Je fournis de la nourriture et j'offre un abri à la personne susmentionnée.
- Je fournis de l'argent en espèces d'un montant de _____ \$ par mois à la personne susmentionnée.
- La personne susmentionnée ne vit pas avec moi, mais je lui apporte un soutien sous la forme :
_____.

Votre lien de parenté avec la personne susmentionnée

Signature

Adresse : _____

(Ville)

(État)

(Code postal)

Numéro de téléphone : _____