

Hackensack
Meridian Health

チャリティーケア/財政支援申請プロセス

退院後または外来診療を受けてから1年以内に、財政援助を申請することができます。

チャリティーケアは、保険に加入されていない方、保険が少ない方、もしくは州および連邦のプログラムに不適合なニュージャージー州の住民がご利用いただけます。

お申し込みには、収入と資産の両方の適格基準を満たしている必要があります。

チャリティーケアは病院治療のみが対象です。このプログラムは、医師またはその他のプロバイダーが独自に請求しているサービスには適用されません。

- 申請書に必要な事項をご記入いただき、ご署名ください。（複数のハッケンサック・メリディアン・ヘルス病院で治療を受けられた場合は、治療サービスを受けた病院ごとに申請書にご署名いただく必要があります。）
- すべての必要書類のコピーを添付してください。
- すべての書類は、サービスの最初の日付に基づいている必要があります。
- お客様が21歳以下で、フルタイムで大学に通っている学生である場合、お客様の親または保護者に申請書に記入してもらい、必要な補足書類を提供していただく必要があります。学生であることを証明する書類と、今学期および前学期の財政援助のレターをご提出ください。

申請書や申請に必要な書類についてご質問があたりの際は、サービスを受けた病院の財務カウンセラーにお電話ください。

- 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**

以下の病院については、**732-902-7080** までお電話ください。

- 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

チャリティーケアの申請処理をさらに容易にするために、以下の書類のうち、お客様の状況に適用されるもののみ、そのコピーをご提供ください。以下の適切な書類が提供されない場合、または申請書に不備がある場合は、申請を処理することができません。すべての必要書類は、サービス日に基づきます。サービス日とは、お客様が実際に病院にいらっしゃった最初の日です。

患者、配偶者、18歳未満、および21歳以下のフルタイムの同居学生のための個人身分証明書

- お客様のご家族ごとに1つ: 運転免許証、出生証明書、社会保障カード、パスポート

保険証

- 保険証の表と裏のコピー

サービス日の預金残高を含む銀行/資産明細書

- 小切手、貯蓄、デビットカード口座明細書
- 報告された所得を超える入金がおありの際は、ご説明いただく場合があります
- CD、IRA、401K、株式または債券の現在のドキュメント

サービス日の1ヶ月前の収入証明書

- 収入の証明（給与明細またはビジネス上の雇用主からの署名入りの総収入証明書など、収入を証明するもの）
- 自営業の場合は、会計士の署名入りの損益計算書および前年の確定申告書のコピーが必要です。お客様のビジネスがパートナーシップまたは企業である場合は、お客様の週給の引き落とし日を記載した会計士からのレターをご提供ください。
- 退職年金、児童扶養、扶養、VA 給付、社会保障賞の手紙、すべての家族のための SSI 賞の手紙、失業または州における障害記録、またはその他の金融寄付を含むがこれらに限定されない、無収入であることへの証明

サービス日以前の居住地の証明

- 住所をご記載いただく必要がございます - 私書箱は不可能です
- 運転免許証、賃貸契約書のコピー、公共料金の請求書、サービス開始日前に発行されたご氏名とご住所が記載された日付入りの郵便物のいずれか一つをご選択ください。

患者証明(該当するすべてのものに、日付を記入しご署名ください)。

- 配偶者がいらっしゃる場合は、配偶者の証明書(該当するものすべてにご署名いただき、日付をご記入ください)。

無収入の場合は、同封されている扶養手票に、経済的に援助していただいている同居人(配偶者以外)から署名をもらってください。

申請書と書類を、チャリティーケアを申請する上記の住所にご郵送ください。(※ チャリティーケアは病院固有のものであるため、サービスが複数の場所で提供されている場合は、場所ごとに申請書を提出する必要があります)



Hackensack
Meridian Health

ニュージャージー州病院ケア支援プログラム
チャリティケアアプリケーション

お客様がサービスを受けたすべての病院をチェックしてください:

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

() SOMC () RBMC () OBMC

セクション I - 個人情報

| | | | | |
|--|-------|--|--------------------|---------------------|
| 患者名 (姓、ミドルネームの最初の一字、名) | | 生年月日 | | |
| 申し込み日 | サービス日 | 妊娠しているかどうか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| 現住所 | | 電話番号/ 携帯電話番号 () | | |
| 市区町村、州、郵便番号 | | ご家族の構成人数 既婚 / 未婚 | | |
| お客様は 米国 市民ですか? はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 合法的な居住者 以来: _____ | | お客様はニュージャージー州の居住者ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| 保護者氏名 (患者以外の場合) | | 保険適用範囲: 保険番号 _____ ポリシー# _____ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| 他のご家族の氏名 | 続柄 | 生年月日 | 妊娠しているか? はい/いいえ | 保険の適用範囲か? はい/いいえ |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

セクション II- 資産基準

資産には以下が含まれます:

- A. 普通預金口座 _____
- B. 当座預金口座 _____
- C. 預金証明書 / IRA _____
- D. 不動産の持分 (主たる居住地を除く) _____
- E. その他の資産、401K、株式 および債券 _____
- F. 合計 _____

*家族の規模には、ご自身、配偶者、未成年者が含まれます。妊娠中の女性は2名分として数えられます。

セクション III-収入基準

治療費補助の適格性を判断する際には、患者および該当する場合は 配偶者の収入が使用されます。

未成年者の場合は、ご両親の所得を使用しなければなりません。

収入の証明は、この申請書に添付する必要があります。

収入は、チャリティーケア以前の 12ヶ月前、3ヶ月前、1ヶ月前または1週間の収入のいずれかを計算の対象とします。

雇用主名:

総収入 \$

| 収入源: | 毎週 | 毎月 | 毎年 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. 給与/控除前の賃金 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. 生活保護 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 社会保障/障害給付 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. 失業と職人における比較。 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. 退役軍人の福利厚生 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. 扶養手当/チャイルドサポート _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. その他の金銭的支援 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. 年金の支払い _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. 保険または年金の支払い _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. 配当/利息 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. 家賃収入 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. 純事業利益 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. その他(ストライキ特典、研修給付金、 軍人家族の割り当て、財産または信託) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| その他の収入源: _____ | | | |

セクション IV - 申請者による認定

私は、私が提出した情報が、適切な医療施設および連邦または州による検証の対象となることを理解しています
政府。これらの事実を故意に虚偽申告した場合、私は民事罰の対象となるすべての病院の料金に対して責任を負います。

医療施設から要請があった場合には、病院の請求書の支払いのために政府または民間の医療援助を申請します。

私は私の家族の状況、収入と資産に関する上記の情報が真実かつ正確であることを証明します。

私は、私の収入や資産に関する状況に変化があった場合は、病院に通知することが
私の責任であることを理解しています。

患者または保護者日付

署名

オフィス側が記入:

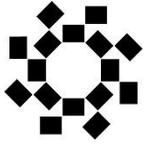
責任

保険適用範囲外 _____ %

保険適用範囲 _____ %

承認日: _____ 効果適応日 _____ 終了日 _____

評価者の署名: _____



患者の証言

あなたの状況に当てはまるものすべてを以下にご記入ください:

1. 私は、 _____ I の時点で収入を受け取っていないことを証明します。

日付

(患者・責任者)

関係

日付

2. 私は、自分または他の当事者を通じて資産(銀行口座やCD等) を有していないことを証明します。

(患者・責任者)

関係

日付

3. 私は、自分が ホームレス であり、 _____ 以来ホームレスであることを証明します。

(患者・責任者)

関係

日付

4. 私は、私自身または他の当事者を通じて私の請求する額をカバーする 医療保険を受けていないことを証明します。私の請求書の未払い額をカバーする医療保険はありません。

(患者・責任者)

関係

日付

居住証明は、患者/責任当事者によって署名されなければなりません

5. 私は、サービスを受ける時点でニュージャージー州の居住者であり、ニュージャージー州の居住者であり続けるつもりであることを証明します。

(患者・責任者)

関係

日付

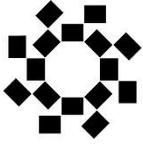
6. 私は、この証明に記載したすべての情報が真実であり、私の知る限りにおいて完全かつ正確であることを断言します。

(患者・責任者)

関係

日付

レビューワー



配偶者の証明

あなたの状況に当てはまる可能性のあるもののすべてを、以下にご記入ください:

1. 私は、 _____! の時点で _は収入を受け取っていないことを証明します。
日付

(配偶者・責任者) 関係 日付

2. 私は、私自身または他の当事者を通じて資産(銀行口座、CD など)を持っていないことを証明します。

(配偶者・責任者) 関係 日付

3. 私は自分がホームレスであり、 _____以来ホームレスであることを証明します。

(配偶者・責任者) 関係 日付

4. 私は自分自身または ORE の当事者を通じて私の請求する額をカバーする医療保険を受けていないことを証明します。私の請求書の未払い額をカバーする医療保険はありません。

(配偶者・責任者) 関係 日付

居住証明は、患者/責任当事者によって署名される必要があります

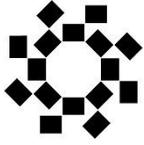
5. 私は、サービスを受ける時点でニュージャージー州の居住者であり、ニュージャージー州の居住者であり続けるつもりであることを証明します。

(配偶者・責任者) 関係 日付

6. 私は、この証明に記載したすべての情報が真実であり、私の知る限りにおいて完全かつ正確であることを断言します。

(配偶者・責任者) 関係 日付

レビューワー



Hackensack
Meridian Health

支援の手紙

患者氏名:

日付:

生年月日:

サービスの最初の日付:

患者をご支援されている方がご記入ください。お客様と同居されている配偶者様はここには含まれません。

私は、以下の情報が真実かつ正確であることを証明します。私は、私が虚偽の情報を提供したり、要求された情報を完全に提供しないと、それが詐欺の根拠となり、ハッケンサックメリディアンヘルスが適切な法的措置を講じる可能性があることを完全に理解しています。また、私は、情報が改ざんされている場合、不完全である場合、または何らかの形で誤解を招くものであった場合、個人的に責任を負うことを理解しています。

下記で該当するものにチェックをつけてください:

- 上記の人物は私と一緒に住んでいて、(日付): _____以来同居しています。
- 上記の人物は、サービス時にニュージャージー州の居住者であり、他の州や国には居住しておらず、今後もニュージャージー州に留まる意向です。
- 上記の人物は、メディケイドやメディケアを含むいかなる種類の医療保険にも加入しておりません。
- 上記の人物は現在失業中であり、上記のサービス提供日の少なくとも1ヶ月前から失業中です。
- 上記の人物は、失業手当またはその他の種類の手当(障害、SSI、福祉等)を受け取っていません。
- 私は上記の人物に食糧と避難所を提供しています。
- 私は上記の人物に、1ヶ月あたり_____ドルの金額で現金を提供しています。
- 上記の人物は私と同居はしていませんが、私は以下の形で支援を提供しています:

上に書いた人との間柄 署名

住所: _____

(市区町村)

(州)

(郵便番号)

電話番号: _____