



برجاء الاطلاع على نماذج طلبات الرعاية الخيرية / المساعدات المالية المرفقة.

يمكنك التقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية في غضون سنة واحدة بعد الخروج من المستشفى أو تلقي رعاية خارجية.

تتوفر الرعاية الخيرية لسكان نيو جيرسي غير المؤمن عليهم أو الحاصلين على تأمين غير كافي أو غير المؤهلين لبرامج الولاية والبرامج الفيدرالية.

لكي تصبح مؤهلاً، يجب أن تفي بمعايير أهلية الدخل والأصول.

تغطي الرعاية الخيرية تكاليف رعاية المستشفى. لا ينطبق البرنامج على الأطباء أو غيرهم من مقدمي الخدمات الذين يقدمون فواتير خدماتهم بشكل مستقل.

- يرجى ملء وتوقيع الطلب
- يرجى إرفاق نسخ من جميع المستندات المطلوبة
- جميع الوثائق يجب أن تكون موثقة بتاريخ تلقي الخدمة
- تاريخ الخدمة الأول لك \_\_\_\_\_
- إذا كان عمرك 21 عامًا أو أقل وكنت طالبًا جامعيًا بدوام كامل، فيجب على والدك أو ولي أمرك ملء الطلب وتقديم الوثائق الداعمة اللازمة؛ برجاء تقديم دليل يُثبت وضعك كطالب.

إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص الطلب أو المستندات المطلوب تقديمها، فيرجى الاتصال بالمستشار المالي على الرقم 732-902-7080. المستشارون متاحون من يوم الاثنين إلى يوم الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا وحتى الساعة 4:00 مساءً.

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

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

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

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

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

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

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

لتساعدنا بشكل أكبر على مراجعة طلبك للحصول على الرعاية الخيرية، يرجى تقديم نسخ من الوثائق المذكورة أدناه. إذا لم يتم تقديم الوثائق المناسبة المذكورة أدناه أو كان طلبك غير مكتمل، فلن نتمكن من مراجعة طلبك. تستند جميع الوثائق المطلوبة إلى تاريخ الخدمة الخاص بك. يعتبر تاريخ الخدمة هو تاريخ اليوم الأول لدخولك المستشفى بالفعل.

بطاقات التأمين، يرجى نسخ الوجه الأمامي والخلفي

الهوية الشخصية للمريض والزوج والأطفال دون سن 18، وطلاب الجامعات بدوام كامل دون سن 21.  
● الرجاء اختيار وثيقة واحدة لكل فرد من أفراد عائلتك: رخصة القيادة، شهادة الميلاد، بطاقة الضمان الاجتماعي، جواز السفر

بيانات الأصول التي تتضمن الرصيد في تاريخ الخدمة

- كشف حساب لكل من الحساب المصرفي وحساب الادخار وبطاقة الخصم
- إذا كان كشف الحساب المرفق نسخة مطبوعة، فقم بختمها وتوقيعها من قبل ممثل المؤسسة المالية
- قد يتم الاستفسار عن الودائع الموجودة ضمن الدخل المبلغ عنه
- المستندات الحالية لأي شهادة إيداع أو حساب التقاعد الفردي أو خطة 401K للتقاعد، أو أسهم أو سندات

تقديم دليل يثبت الدخل لشهر واحد قبل تاريخ الخدمة

- إثبات الدخل المكتسب، بما في ذلك قسائم الدفع، أو بيان مكتوب وموقع بإجمالي الدخل من صاحب العمل على أوراق تحمل اسم شركة العمل
- إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، سيكون هناك حاجة إلى بيان الأرباح والخسائر، على أن يكون موقعًا من محاسب
- إثبات الدخل غير المكتسب، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، معاش التقاعد أو إعالة الطفل أو النفقة أو استحقاقات المحاربين القدامى أو خطاب مكافأة الضمان الاجتماعي أو خطابات مكافأة دخل الضمان الإضافي لجميع أفراد الأسرة أو سجل البطالة أو الإعاقة أو غير ذلك من المساهمات المالية
- نسخة كاملة من الإقرار الضريبي للسنة السابقة. إذا لم تقم بتقديم الملف، فيرجى الاتصال بالرقم 1-800-829-1040 لطلب التحقق من إجراءات حالة عدم تقديم الإقرارات.

إثبات الإقامة قبل تاريخ الخدمة

- يجب كتابة العنوان الكامل - وليس عنوان صندوق البريد
- يرجى اختيار وثيقة واحدة مما يلي: رخصة القيادة، صورة من عقد الإيجار، فاتورة خدمات، خطاب دعم، رسالة بريدية مؤرخة تحمل اسمك وعنوانك الصادر قبل تاريخ الخدمة

تصديق المريض: (الإمضاء والتاريخ على كل ما ينطبق).

- تصديق الزوج في حال كان المريض متزوج (الإمضاء والتاريخ على كل ما ينطبق).

قم بتوقيع خطاب الدعم المرفق من الشخص الذي تقيم معه ويساعد على إعالتك (بخلاف الزوج).

يرجى إرسال طلبك ووثائقك بالبريد إلى العنوان التالي:

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



برنامج المساعدة للحصول على الرعاية التابع لمستشفى نيو جيرسي  
طلب للمشاركة

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

القسم الأول - المعلومات الشخصية

اسم المريض (الأخير، الأول، الأوسط)		الضمان الاجتماعي		تاريخ الميلاد	
تاريخ تقديم الطلب		تاريخ الخدمة		اللغة المفضلة	
هل يوجد حمل لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>					
عنوان المريض بالكامل				رقم الهاتف/ الهاتف الخليوي ( )	
المدينة، الدولة، الرمز البريدي		حجم العائلة الحالة الاجتماعية			
جنسية الولايات المتحدة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		إثبات الإقامة في نيوجيرسي نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> خدمات الطوارئ <input type="checkbox"/>			
اسم الضامن (إذا كان شخص آخر غير المريض)		تغطية التأمين: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> الاسم: سياسات:##			
أفراد الأسرة الآخرين		صلة القرابة		تاريخ الميلاد	
هل يوجد حمل		تغطية التأمين			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

القسم الثاني - معايير الأصول

تشمل الأصول:

أ. حسابات التوفير

ب. حسابات مصرفية

ج. شهادات الإيداع/ حساب التقاعد الفردي

د. أسهم في العقارات (بخلاف محل الإقامة الأساسية)

هـ. أصول أخرى، 401k، الأسهم والسندات

و. الإجمالي

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## القسم الثالث - معايير الدخل

عند تحديد الأهلية من أجل المساعدة في الحصول على رعاية المستشفى، يستخدم دخل الزوج وائتماناته من أجل أحد الوالدين (الوالدين) البالغين يستخدم الدخل والائتمانات للطفل القاصر. يجب أن يرافق هذا الطلب إثبات الدخل. يستند الدخل إلى حساب إما اثني عشر شهرًا أو ثلاثة أشهر أو شهر واحد أو أسبوع واحد من الدخل الذي يسبق تاريخ الخدمة.

			اسم صاحب العمل:
			إجمالي الدخل
			\$
			مصادر الدخل:
السنوي	الشهري	الأسبوعي	
<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. الضمان الاجتماعي/استحقاقات الإعاقة _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د. البطالة وتعويضات العاملين _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ. استحقاقات المحاربين القدامى _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و. النفقة / إعالة الطفل _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز. دعم نقدي آخر _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ح. مدفوعات المعاشات التقاعدية _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ط. مدفوعات التأمين أو المعاش السنوي _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ي. الأرباح/ الفوائد _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ك. إيرادات 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 (استحقاقات الإضراب، أجر التدريب، مخصصات العائلة العسكرية، الإئتمانات والعقارات) _____
			مصدر اخر للدخل: _____

## القسم الرابع - معتمد من قبل مقدم الطلب

أدرك أن المعلومات التي أرسلتها تخضع للتحقق من قبل مرفق الرعاية الصحية المختص والحكومة الفيدرالية أو حكومة الولاية. إن تعمد تحريف هذه الحقائق سيجعلني مسؤولاً عن جميع رسوم المستشفى التي تخضع للعقوبات المدنية.

إذا طلب ذلك مرفق الرعاية الصحية، فسوف أقدم بطلب للحصول على مساعدة طبية حكومية أو مساعدة خاصة لسداد فاتورة المستشفى.

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه بشأن حالة عائلتي ودخلها وأصولها حقيقية وصحيحة.

أدرك أنني مسئول عن إبلاغ المستشفى بأي تغيير في الوضع فيما يتعلق بالدخل أو الأصول الخاصة بي.

التاريخ

توقيع المريض أو الوصي

للاستخدام داخل المكتب فقط: المسئولية لا توجد تغطية تأمينية % \_\_\_\_\_

بعد التغطية التأمينية % \_\_\_\_\_

تاريخ الموافقة: \_\_\_\_\_ ساري المفعول: \_\_\_\_\_ منتهي: \_\_\_\_\_



## تصديق المريض:

قم بالتوقيع أسفل ما ينطبق على وضعك:

1. أقر بأنه اعتبارًا من \_\_\_\_\_ لم أتلق أي دخل.  
التاريخ

\_\_\_\_\_ (المريض / الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

2. أقر بأنه ليس لدي أي أصول (حسابات بنكية أو شهادات إيداع أو ما إلى ذلك) خاصة بي أو بأي طرف آخر.

\_\_\_\_\_ (المريض / الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

3. أقر بأنني أعيش بلا مأوى وأنني بلا مأوى منذ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (المريض / الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

4. أقر بأنني لا أملك أي تغطية طبية خاصة بي أو أي طرف آخر لتغطية المبلغ المستحق من فواتيري.

\_\_\_\_\_ (المريض / الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

يجب أن يتم توقيع تصديق الإقامة من قبل المريض / الطرف المسؤول

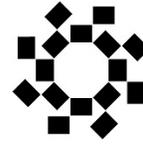
5. أقر بأنني مقيم/ كنت مقيمًا في نيوجيرسي في الوقت الذي تم فيه تلقي الخدمات وأنني أعتزم على أن أظل مقيمًا في نيوجيرسي.

\_\_\_\_\_ (المريض / الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

6. أقر بأن جميع المعلومات التي كتبتها في هذا الطلب صحيحة وحقيقية على حد علمي.

\_\_\_\_\_ (المريض / الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

الشخص الذي أجرى المقابلة



## تصديق الزوج

قم بالتوقيع أسفل ما ينطبق على وضعك:

1. أقر بأنه اعتبارًا من \_\_\_\_\_ لم أتلق أي دخل.  
التاريخ

\_\_\_\_\_ (الزوج/ الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

2. أقر بأنه ليس لدي أي أصول (حسابات بنكية أو شهادات إيداع أو ما إلى ذلك) خاصة بي أو بأي طرف آخر.

\_\_\_\_\_ (الزوج/ الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

3. أقر بأنني أعيش بلا مأوى وأنني بلا مأوى منذ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (الزوج/ الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

4. أقر بأنني لا أملك أي تغطية طبية خاصة بي أو أي طرف آخر لتغطية المبلغ المستحق من فواتيري.

\_\_\_\_\_ (الزوج/ الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

يجب أن يتم توقيع تصديق الإقامة من قبل المريض/ الطرف المسؤول

5. أقر بأنني مقيم/ كنت مقيمًا في نيوجيرسي في الوقت الذي تم فيه تلقي الخدمات وأنني أعتزم على أن أظل مقيمًا في نيوجيرسي.

\_\_\_\_\_ (الزوج/ الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

6. أقر بأن جميع المعلومات التي كتبتها في هذا الطلب صحيحة وحقيقية على حد علمي.

\_\_\_\_\_ (الزوج/ الطرف المسؤول) الصلة التاريخ

الشخص الذي أجرى المقابلة



## خطاب الدعم/ المساعدة

المريض:

التاريخ:

تاريخ الميلاد:

التاريخ الأول للخدمة:

يتم إكماله من قبل الشخص الذي يقدم الدعم للمريض. لا يتضمن الزوج الذي يعيش معك.

أقر بأن المعلومات الواردة أدناه صحيحة وحقيقية. أدرك تمامًا أن تقديم معلومات خاطئة أو عدم تقديم المعلومات المطلوبة كاملة قد يكون أساسًا للتزوير وأن ميريديان هيلث قد تتخذ أي إجراء قانوني مناسب. أدرك كذلك أنني سوف أكون مسؤولاً بشكل شخصي إذا تم تقديم أي معلومات مزورة، غير كاملة أو مضللة بأي شكل من الأشكال.

**يرجى وضع علامة إلى جانب ما ينطبق:**

الشخص المذكور أعلاه يعيش معي، منذ (التاريخ): \_\_\_\_\_

الشخص المذكور أعلاه كان من سكان نيوجيرسي في وقت تقديم الخدمة، وليس له إقامة في أي ولاية أو دولة أخرى ويعتزم البقاء في ولاية نيوجيرسي.

الشخص المذكور أعلاه غير مشمول بأي نوع من أنواع التأمين الطبي بما في ذلك برنامج المساعدة الطبية أو الرعاية الطبية.

الشخص المذكور أعلاه عاطل عن العمل في الوقت الحالي، وهو على هذه الحال منذ شهر على الأقل قبل تاريخ الخدمة المشار إليه أعلاه.

الشخص المذكور أعلاه لا يتلقى استحقاقات البطالة أو أي نوع آخر من الإعانات، مثل الإعاقة، إدارة الضمان الاجتماعي، الرعاية الاجتماعية، إلخ.

أنا أقوم بتوفير الغذاء والمأوى للشخص المذكور أعلاه.

أقوم بتقديم مبلغ \_\_\_\_\_ دولار شهريًا نقدًا، للشخص المذكور أعلاه.

الشخص المذكور أعلاه لا يعيش معي ولكنني أقدم الدعم في شكل:

علاقتك بالشخص المذكور أعلاه

التوقيع

العنوان:

رقم الهاتف: