

Anbei finden Sie Ihre Antragsformulare für die Wohlfahrtspflege/Finanzhilfe.

Sie können die finanzielle Unterstützung innerhalb eines Jahres nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach Erhalt der ambulanten Versorgung beantragen.

Wohlfahrtspflege ist für Einwohner von New Jersey verfügbar, die nicht versichert, unterversichert oder nicht für staatliche und bundesstaatliche Programme geeignet sind.

Um sich zu qualifizieren, müssen Sie sowohl die Einkommens- als auch die Vermögensberechtigungskriterien erfüllen.

Wohlfahrtspflege umfasst Krankenhausversorgung. Das Programm gilt nicht für Ärzte oder andere Anbieter, die ihre Leistungen selbstständig abrechnen.

- Bitte füllen Sie den Antrag aus und unterschreiben Sie ihn
- Fügen Sie Kopien aller erforderlichen Dokumente bei.
- Alle Dokumentationen basieren auf dem Datum der Leistungserbringung.
- Ihr anfängliches der erstes Leistungsdatum ist _____
- Wenn Sie 21 Jahre oder jünger und Vollzeitstudent sind, müssen Ihre Eltern oder Erziehungsberechtigten den Antrag ausfüllen und die erforderlichen Unterlagen vorlegen. Bitte legen Sie einen Nachweis über Ihren Studienstatus vor.

Wenn Sie Fragen zu der Anwendung oder den Unterlagen haben, die für die Antragstellung erforderlich sind, wenden Sie sich bitte an einen Finanzberater unter der Telefonnummer 732-902-7080. Berater stehen von Montag bis Freitag von 8:00 – 16:00 Uhr zur Verfügung.

() 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

Um uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags auf Wohlfahrtspflege weiter zu unterstützen, stellen Sie bitte Kopien der unten aufgeführten Dokumente zur Verfügung, die für Ihre Situation gelten. Wenn die unten aufgeführten Unterlagen nicht vorliegen oder Ihre Bewerbung unvollständig ist, können wir Ihre Bewerbung nicht bearbeiten. Alle erforderlichen Dokumente basieren auf Ihrem Leistungsdatum. Das Leistungsdatum ist der erste Tag, an dem Sie tatsächlich im Krankenhaus waren.

Versicherungskarten, bitte kopieren Sie die Vorder- und Rückseite

Persönlicher Ausweis für Patient, Ehepartner, Kinder unter 18 Jahren und Vollzeitstudenten unter 21 Jahren.

- Bitte wählen Sie für jedes Familienmitglied einen aus: Führerschein, Geburtsurkunde, Sozialversicherungskarte, Reisepass, etc.

Vermögensaufstellungen, die den Saldo an Ihrem Leistungsdatum enthalten

- Check-, Spar- und Debitkarten-Kontoauszüge
- Wenn es sich bei dem Auszug um einen Ausdruck handelt, lassen Sie ihn vom Vertreter des Finanzinstituts stempeln und unterschreiben.
- Einzahlungen über Ihre gemeldeten Erträge können einer Erklärung bedürfen.
- Aktuelle Dokumentation für alle Sparbriefe, Rentenkonten, steuerbegünstigte Altersvorsorgen, Aktien oder Anleihen.

Einkommensnachweis für den Monat vor dem Leistungsdatum

- Nachweis des Arbeitseinkommens, einschließlich Lohnabrechnungen oder eine schriftlich unterschriebene Erklärung über den Bruttoverdienst Ihres Arbeitgebers auf Geschäftspapier.
- Wenn Sie selbstständig sind, ist eine von einem Buchhalter unterzeichnete Gewinn- und Verlustrechnung erforderlich.
- Nachweis über unverdientes Einkommen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Altersrente, Kindergeld, Unterhaltszahlungen, Veteranenleistungen, Zuschlagsschreiben der Sozialversicherung, Zuschlagsschreiben für zusätzliche Sicherheitseinkommen für alle Familienmitglieder, Arbeitslosen- oder staatliche Behindertenausweise oder andere finanzielle Beiträge.
- Vollständige Kopie Ihrer Steuererklärung für das Vorjahr. Wenn Sie die Datei nicht eingereicht haben, rufen Sie bitte 1-800-829-1040 an, um eine Überprüfung des Nicht-Filterstatus zu beantragen.

Nachweis des Wohnsitzes vor dem Datum der Zustellung

- Muss die Straßenadresse enthalten – KEIN Postfach
- Bitte wählen Sie einen der folgenden Punkte: Führerschein, Mietkopie, Stromrechnung, Unterstützungsschreiben, datierte Post mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse, die vor dem Datum der Zustellung ausgestellt wurde

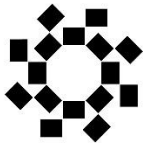
Patientenbescheinigung: (unterschreiben und datieren Sie alles, was zutrifft).

- Ehegattenbescheinigung bei Eheschließung (Unterschrift und Datum aller zutreffenden Angaben).

Lassen Sie sich das beigegefügte Unterstützungsschreiben von der Person unterschreiben, bei der Sie wohnen (außer einem Ehepartner), der Ihnen hilft, Sie zu unterstützen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung und Unterlagen an:

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



New Jersey Hospital Pflegehilfsprogramm

Anmeldung zur Teilnahme

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

ABSCHNITT I – PERSONENBEZOGENE DATEN

PATIENTENNAME (NACHNAME, VORNAME, MITTELINITIALEN) GEBURTSDATUM		SOZIALVERSICHERUNG	
ANWENDUNGSDATUM NEIN	DATUM DER DIENSTLEISTUNG	BEVORZUGTE SPRACHE	SCHWANGER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
STRASSENADRESSE DES PATIENTEN		TELEFON/HANDYNUMMER ()	
STADT, BUNDESSTAAT, POSTLEITZAHL FAMILIENSTATUS		FAMILIENGRÖSSE	
US-BÜRGERSCHAFT <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> EIN <input type="checkbox"/> OHNHAFTE SEIT: _____ JA		NACHWEIS DES N.J. AUFENTHALTES <input type="checkbox"/> KEINE NOT <input type="checkbox"/> LLDIENSTE	
NAME DES GARANTEN (falls nicht Patient)		VERSICHERUNGSSCHUTZ: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> EIN NAME: _____ RICHTLINIE #: _____	
ANDERE FAMILIENMITGLIEDER	BEZIEHUNG	GEBURTSDATUM	SCHWANGERSCHAFTSVERSICHERUNGSSCHUTZ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

ABSCHNITT II- VERMÖGENSKRITERIEN

VERMÖGENSWERTE BEINHALTEN:

- A. Sparkonten _____
- B. Girokonten _____
- C. Einlagenzertifikate / IRA _____
- D. Eigenkapital in Immobilien (außer Hauptwohnsitz) _____
- E. Sonstige Vermögenswerte, steuerbegünstigte Altersvorsorge, Aktien und Anleihen

- F. GESAMT _____

* DIE FAMILIENGRÖSSE UMFASST SICH SELBST, DEN EhePARTNER UND ALLE MINDERJÄHRIGEN KINDER. EINE SCHWANGERE FRAU WIRD ALS ZWEI FAMILIENMITGLIEDER GEZÄHLT.

ABSCHNITT III- EINKOMMENSKRITERIEN

Bei der Bestimmung des Anspruchs auf Krankenhauspflegehilfe müssen das Einkommen und die Guthaben des Ehepartners für die Leistungen eines erwachsenen Elternteils verwendet werden

Einkommen und Kredite müssen für ein minderjähriges Kind verwendet werden. Einkommens- und Vermögensnachweise müssen diesem Antrag beigelegt werden. Einkommen basiert auf der Berechnung von zwölf Monaten, drei Monaten, einem Monat oder einer Woche Einkommen vor dem Leistungsdatum.

ARBEITGEBERNAME:
\$

GESAMTEINKOMMEN

EINKOMMENSQUELLEN:

Wöchentlich Monatlich Jährlich

- | | | | | |
|---|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Gehälter/Löhne vor Abzügen | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Öffentliche Hilfe | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Sozialversicherung/Behindertenleistungen | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Arbeitslosigkeit & Berufsgenossenschaft | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Veteranenleistungen | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Unterhalt / Kindergeld | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Sonstige monetäre Unterstützung | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Pensionszahlungen | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Versicherungs- oder Rentenzahlungen | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Dividenden / Zinsen | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Mieteinnahmen | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Netto-Geschäftsertrag | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Sonstiges (Streikgeld, Trainingsstipendien,
Militärische Familienzuteilung, Nachlass oder Treuhand) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Einnahmequellen: _____ | | | | |

ABSCHNITT IV – VOM ANTRAGSTELLER BESCHEINIGT

Mir ist bekannt, dass die von mir übermittelten Informationen einer Überprüfung durch die zuständige Gesundheitseinrichtung und die Bundes- oder Landesregierung unterliegen. Eine vorsätzliche Falschdarstellung dieser Tatsachen wird mich für alle Krankenhauskosten haftbar machen, die zivilrechtlich verfolgt werden.

Auf Wunsch der Gesundheitseinrichtung werde ich für die Zahlung der Krankenhausrechnung staatliche oder private medizinische Hilfe beantragen.

Ich bestätige, dass die obigen Angaben zu meinem Familienstand, Einkommen und Vermögen wahr und richtig sind.

Ich verstehe, dass es in meiner Verantwortung liegt, das Krankenhaus über jede Statusänderung in Bezug auf mein Einkommen oder Vermögen zu informieren.

**UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN ODER
ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN DATUM**

NUR FÜR BÜROZWECKE: Verantwortung Kein Versicherungsschutz _____ %

Nach Versicherungsschutz _____ %

GENEHMIGTES DATUM: _____ Wirksam: _____ Wird beendet: _____

Unterschrift des Gutachters: _____



BESCHEINIGUNG EHEPARTNER

UNTERZEICHNEN SIE UNTEN, WAS AUCH IMMER AUF IHRE SITUATION ZUTRIFFT:

1. Ich bestätige, dass ich ab _____ KEIN Einkommen erhalten habe.

DATUM

(Ehepartner / Verantwortliche Partei)

Beziehung

DATUM

2. Ich bestätige, dass ich KEINE VERMÖGENSWERTE (Bankkonten, Sparbriefe usw.) durch mich selbst oder eine andere Partei habe.

(Ehepartner / Verantwortliche Partei)

Beziehung

DATUM

3. Ich bestätige, dass ich OBDACHLOS bin und OBDACHLOS bin seit _____

(Ehepartner / Verantwortliche Partei) Beziehung

DATUM

4. Ich bestätige, dass ich KEINE MEDIZINISCHE DECKUNG durch mich selbst oder eine andere Partei habe, um den ausstehenden Betrag meiner Rechnungen zu decken.

(Ehepartner / Verantwortliche Partei) Beziehung

DATUM

AUFENTHALTSBESCHEINIGUNG MUSS VOM PATIENTEN/VERANTWORTLICHEN UNTERZEICHNET WERDEN

**5. ICH BESTÄTIGE, DASS ICH ZUM ZEITPUNKT DER LEISTUNGSERBRINGUNG IN NEW JERSEY ANSÄSSIG
BIN/WAR UND dass ICH BEABSICHTIGE, EIN EINWOHNER VON NEW JERSEY ZU BLEIBEN.**

(Ehepartner / Verantwortliche Partei) Beziehung

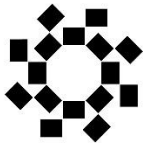
DATUM

**6. ICH BESTÄTIGE, DASS ALLE AUF DIESER BESCHEINIGUNG GEMachten ANGABEN NACH BESTEM
WISSEN UND GEWISSEN WAHR, VOLLSTÄNDIG UND RICHTIG SIND.**

(Ehepartner/ Verantwortliche Partei)

Beziehung

DATUM



UNTERSTÜTZUNGS- / BEIHILFELEISTUNGSSCHREIBEN

PATIENT:

DATUM:

GEBURTSDATUM:

ANFANGSDATUM DER LEISTUNGSERBRINGUNG:

MUSS VON EINER PERSON AUSGEFÜLLT WERDEN, DIE DEN PATIENTEN UNTERSTÜTZT. BEINHALTET NICHT DEN/DIE EHEPARTNER(IN), DER BEI IHNEN WOHT.

Ich bestätige, dass die unten aufgeführten Informationen wahr und richtig sind. Ich verstehe voll und ganz, dass die Angabe falscher Informationen oder das Versäumnis, die angeforderten vollständigen Informationen anzugeben, Grund für Betrug sein kann, und Meridian Health alle geeigneten rechtlichen Schritte einleiten kann. Ich verstehe auch, dass ich persönlich dafür verantwortlich bin, wenn Informationen gefälscht, unvollständig oder in irgendeiner Weise irreführend sind.

Markieren Sie unten, was zutrifft:

- Die oben genannte Person lebt bei mir und tat dies seit (**Datum**): _____
- Die oben genannte Person war zum Zeitpunkt der Zustellung in New Jersey ansässig, hat keinen Wohnsitz in einem anderen Staat oder Land und beabsichtigt, im Staat zu bleiben.
- Die oben genannte Person ist nicht durch eine Art Krankenversicherung einschließlich Medicaid oder Medicare versichert.
- Die oben genannte Person ist zu diesem Zeitpunkt arbeitslos und war dies mindestens einen Monat vor dem oben angegebenen Leistungsdatum.
- Die oben genannte Person erhält keine Arbeitslosenhilfe oder andere Arten von Leistungen, wie etwa Invalidität, zusätzliche Sicherheitseinkommen, Sozialhilfe, etc.
- Ich biete Nahrung und Unterkunft für die oben genannte Person.
- Ich stelle der oben genannten Person Bargeld in Höhe von \$ _____ pro Monat zur Verfügung.
- Die oben genannte Person wohnt nicht bei mir, aber ich biete Unterstützung in Form von:

Ihre Beziehung zur oben genannten Person

Unterschrift

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____