

Συμπληρώστε τα έντυπα αίτησης Φιλανθρωπικής Φροντίδας/Οικονομικής Ενίσχυσης.

Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για Οικονομική Ενίσχυση εντός ενός έτους από την έξοδό σας από το νοσοκομείο ή την παροχή περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία.

Η Φιλανθρωπική Φροντίδα είναι διαθέσιμη στους κατοίκους του Νιου Τζέρσεϋ που είναι ανασφάλιστοι, υπασφαλισμένοι ή δεν είναι επιλέξιμοι για κρατικά και ομοσπονδιακά προγράμματα.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να πληροίτε τόσο τα κριτήρια επιλεξιμότητας εισοδήματος όσο και τα κριτήρια περιουσιακών στοιχείων.

Η Φιλανθρωπική Φροντίδα καλύπτει τη νοσοκομειακή φροντίδα. Το πρόγραμμα δεν ισχύει για τους γιατρούς ή άλλους παρόχους που χρεώνουν ανεξάρτητα για τις υπηρεσίες τους.

- Συμπληρώστε και υπογράψτε την αίτηση
- Επισυνάψτε αντίγραφα όλων των απαιτούμενων εγγράφων.
- Η τεκμηρίωση βασίζεται στην ημερομηνία παροχής της υπηρεσίας.
- Η αρχική ή η πρώτη ημερομηνία παροχής υπηρεσίας σας είναι _____
- Εάν είστε 21 ετών ή νεότερος και φοιτητής πλήρους φοίτησης, ο γονέας ή ο κηδεμόνας σας πρέπει να συμπληρώσει την αίτηση και να καταθέσει τα απαραίτητα δικαιολογητικά. Υποβάλετε απόδειξη της φοιτητικής ή μαθητικής σας ιδιότητας.

Εάν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με την αίτηση ή την τεκμηρίωση που απαιτείται για την υποβολή της αίτησης, καλέστε έναν οικονομικό σύμβουλο στο 732-902-7080. Οι σύμβουλοι είναι διαθέσιμοι από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 8:00 π.μ. έως τις 4:00 μ.μ.

() 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

Για να μας βοηθήσετε να επεξεργαστούμε την αίτησή σας για φιλανθρωπική φροντίδα, παρακαλούμε να παράσχετε αντίγραφα των εγγράφων που αναφέρονται παρακάτω που ισχύουν για την περίπτωση σας. Εάν δεν κατατεθεί η κατάλληλη τεκμηρίωση που αναφέρεται παρακάτω ή η αίτησή σας δεν είναι πλήρης, δεν θα μπορέσουμε να επεξεργαστούμε την αίτησή σας. Όλα τα απαραίτητα έγγραφα βασίζονται στην ημερομηνία παροχής υπηρεσίας. Η ημερομηνία παροχής υπηρεσίας είναι η πρώτη ημέρα που βρισκόσασταν στο νοσοκομείο.

Ασφαλιστικές κάρτες, αντιγράψτε το μπροστινό και το πίσω μέρος

Προσωπική ταυτότητα για ασθενή, σύζυγο, παιδιά κάτω των 18 ετών και φοιτητές πλήρους φοίτησης κάτω των 21 ετών.

- Επιλέξτε ένα για κάθε μέλος της οικογένειάς σας: άδεια οδήγησης, πιστοποιητικό γέννησης, κάρτα κοινωνικής ασφάλισης, διαβατήριο

Δηλώσεις περιουσιακών στοιχείων που περιλαμβάνουν το υπόλοιπο κατά την ημερομηνία της υπηρεσίας σας

- Εκκαθαριστικά τρεχούμενων λογαριασμών, αποταμιεύσεων και χρεωστικών καρτών
- Εάν το εκκαθαριστικό είναι εκτυπωμένο, χρειάζεστε τη σφραγίδα και την υπογραφή του εκπροσώπου του χρηματοπιστωτικού ιδρύματος.
- Καταθέσεις πάνω από το δηλωμένο εισοδήμά σας ενδέχεται να απαιτούν εξήγηση.
- Τρέχουσα τεκμηρίωση για τα τυχόν CD, IRA, 401K, μετοχών ή ομολόγων.

Απόδειξη εισοδήματος για ένα μήνα πριν από την ημερομηνία παροχής των υπηρεσιών

- Απόδειξη εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένων αποκομμάτων ή γραπτού υπογεγραμμένου εκκαθαριστικού ακαθάριστων αποδοχών από τον εργοδότη σας σε επιστολόχαρτο της επιχείρησης.
- Εάν είστε αυτοαπασχολούμενος, απαιτείται δήλωση κερδών και ζημιών υπογεγραμμένη από λογιστή.
- Απόδειξη μη δεδουλευμένου εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένων των παροχών σύνταξης γήρατος, επιδόματος τέκνου, διατροφής, επιδόματα βετεράνων, επιστολής ανάληψης κοινωνικής ασφάλισης, επιστολών SSI Award για όλα τα μέλη της οικογένειας, ανεργίας ή αναπηρίας ή άλλων οικονομικών συνεισφορών.
- Πλήρες αντίγραφο της φορολογικής σας δήλωσης για το προηγούμενο έτος. Εάν δεν κάνατε υποβολή, καλέστε στο 1-800-829-1040 για να ζητήσετε επαλήθευση της κατάστασης μη υποβολής.

Απόδειξη διαμονής πριν από την ημερομηνία παροχής των υπηρεσιών

- Πρέπει να εμφανίζεται η διεύθυνση του δρόμου - OXI μια ταχυδρομική θυρίδα
- Επιλέξτε ένα από τα παρακάτω: άδεια οδήγησης, αντίγραφο μίσθωσης, λογαριασμός υπηρεσίας κοινής ωφελείας, επιστολή υποστήριξης, αλληλογραφία με ημερομηνία με το όνομα και τη διεύθυνσή σας που εκδόθηκαν πριν από την ημερομηνία παροχής των υπηρεσιών

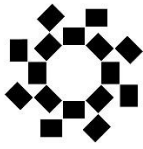
Βεβαίωση ασθενούς: (υπογράψτε και συμπληρώστε την ημερομηνία σε όλα όσα ισχύουν).

- Βεβαίωση συζύγου εάν είστε έγγαμος: (υπογράψτε και συμπληρώστε ημερομηνία σε όλα όσα ισχύουν).

Έχετε την επισυναπτόμενη Επιστολή Υποστήριξης υπογεγραμμένη από το άτομο με το οποίο κατοικείτε (εκτός από τον/τη σύζυγο) που σας βοηθάει με την υποστήριξη.

Στείλτε την αίτηση και τα έγγραφά σας στη διεύθυνση:

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



Πρόγραμμα βοήθειας νοσοκομειακής περίθαλψης του Νιού Τζέρσεϊ

Αίτηση Συμμετοχής

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

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι – ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΕΠΩΝΥΜΟ, ΟΝΟΜΑ, ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ)		ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ		ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΗ ΓΛΩΣΣΑ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΘΕΝΗ		ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ/ΚΙΝΗΤΟ ()		ΕΙΣΤΕ ΕΓΚΥΟΣ;	
ΠΟΛΗ, ΠΟΛΙΤΕΙΑ, ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		ΜΕΓΕΘΟΣ	
ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΟΜΙΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΑΠΟ ΤΙΣ: _____		ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΤΟΥ Ν.Τ. ΔΙΑΜΟΝΗ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ			
ΟΝΟΜΑ ΕΙΓΥΗΤΗ (εάν διαφέρει από τον Ασθενή)		ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΟΝΟΜΑ: _____ ΑΡ. ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ: _____			
ΑΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΣΧΕΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΓΚΥΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ					

ΤΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΥΝ:

- A. Λογαριασμοί Ταμιευτηρίου _____
- B. Τρεχούμενοι Λογαριασμοί _____
- Γ. Πιστοποιητικά Κατάθεσης / IRA _____
- Δ. Μετοχικά Κεφάλαια σε Ακίνητα (εκτός της κύριας κατοικίας) _____
- Ε. Άλλα Περιουσιακά Στοιχεία, 401K, Μετοχές και Ομόλογα _____
- ΣΤ. ΣΥΝΟΛΟ _____

* ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ, ΤΟΝ/ΤΗ ΣΥΖΥΓΤΟ ΚΑΙ ΜΙΚΡΑ ΠΑΙΔΙΑ. ΜΙΑ ΕΓΚΥΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΑΙ ΩΣ ΔΥΟ ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙΙ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΣΟΔΩΝ

Κατά τον προσδιορισμό της επιλεξιμότητας για παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης, τα εισοδήματα και οι πιστώσεις ενός συζύγου πρέπει να χρησιμοποιούνται για το γονέα ενός ενήλικα
 Το εισόδημα και οι πιστώσεις πρέπει να χρησιμοποιούνται για ανήλικα τέκνα. Η Αίτηση αυτή πρέπει να συνοδεύεται από απόδειξη εισοδήματος. Το εισόδημα βασίζεται στον υπολογισμό είτε δώδεκα μηνών, τριών μηνών, ενός μηνός ή μίας εβδομάδας εισοδήματος πριν από την ημερομηνία παροχής των υπηρεσιών.

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: \$ _____	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ
-----------------------------	-------------------

ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ:	Εβδομαδιαία	Μηνιαία	Ετήσια
A. Μισθός / Αμοιβές πριν από τις Εκπτώσεις _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Κρατική Ενίσχυση _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Επιδόματα Κοινωνικής Ασφάλισης/Αναπηρίας _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. Αποζημίωση Ανεργίας & Εργατών _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Παροχές Βετεράνων _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΤ. Διατροφή / Έξοδα Παιδιού _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z. Άλλη Νομισματική Στήριξη _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Πληρωμές Συντάξεων _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θ. Ασφαλιστικές πληρωμές ή Ετήσια Επιδόματα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Μερίσματα / Τόκοι _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Έσοδα από Μισθώματα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λ. Καθαρά Έσοδα Επιχειρήσεων _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Άλλα (ενίσχυση συνδικάτου, επιχορηγήσεις κατάρτισης, Κατανομή στρατιωτικής οικογένειας, ακίνητα ή πίστωση) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλες πηγές εισοδήματος: _____			

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙV – ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που υποβάλλω υπόκεινται σε επαλήθευση από την κατάλληλη μονάδα υγειονομικής περίθαλψης και από τις κυβερνήσεις των ομοσπονδιακών ή Κρατικών κυβερνήσεων. Η εκούσια παραπλανητική παρουσίαση αυτών των γεγονότων θα με ορίσει υπεύθυνο για όλες τις δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης που υπόκεινται σε αστικές κυρώσεις.

Εάν το ζητήσει το ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, θα υποβάλω αίτηση για κυβερνητική ή ιδιωτική ιατρική βοήθεια για την πληρωμή του νοσοκομειακού λογαριασμού.

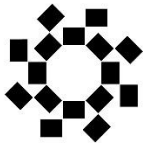
Δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία σχετικά με το μέγεθος της οικογένειάς, τα εισοδήματα και τα περιουσιακά στοιχεία μου είναι ακριβή και αληθή.

Κατανοώ ότι είναι δική μου ευθύνη να ενημερώσω το νοσοκομείο για οποιαδήποτε αλλαγή του καθεστώτος όσον αφορά το εισόδημα ή τα περιουσιακά μου στοιχεία.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΕΓΓΥΗΤΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
------------------------------------	-------------------

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΓΡΑΦΕΙΟΥ: Ευθύνη Δεν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη _____ %
 Μετά την ασφαλιστική κάλυψη _____ %
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ: _____ Ισχύει: _____ Λήγει: _____

Υπογραφή Αξιολογητή: _____



ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΣΗΜΕΙΟ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΑΣ:

1. Βεβαιώνω ότι από τις _____ ΔΕΝ έχω εισπράξει κάποιο εισόδημα.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

(Ασθενής / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

2. Βεβαιώνω ότι ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΝΕΝΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ (τραπεζικοί λογαριασμοί, CD, κλπ.) μέσω εμού ή οποιουδήποτε άλλου μέρους.

(Ασθενής / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

3. Βεβαιώνω ότι είμαι ΑΣΤΕΓΟΣ και ότι είμαι ΑΣΤΕΓΟΣ από _____

(Ασθενής / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

4. Βεβαιώνω ότι δεν έχω ΚΑΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ μέσω εμού ή οποιουδήποτε άλλου μέρους για την κάλυψη του ανεξόφλητου ποσού των λογαριασμών μου.

(Ασθενής / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Η ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ/ΤΟΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟ

5. **ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ/ΗΜΟΙΝ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΤΟΥ ΝΙΟΥ ΤΖΕΡΣΕΪ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΌΤΙ ΣΚΟΠΕΥΩ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΩ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΤΟΥ ΝΙΟΥ ΤΖΕΡΣΕΪ.**

(Ασθενής / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

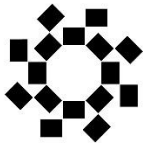
6. **ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΟΛΑ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΗ, ΠΛΗΡΗ ΚΑΙ ΟΡΘΑ ΕΞ ΟΣΩΝ ΓΝΩΡΙΖΩ.**

(Ασθενής / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Αξιολογητής



ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΣΗΜΕΙΟ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΑΣ:

1. Βεβαιώνω ότι από τις _____ ΔΕΝ έχω εισπράξει κάποιο εισόδημα.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

(Σύζυγος / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

2. Βεβαιώνω ότι ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΝΕΝΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ (τραπεζικοί λογαριασμοί, CD, κλπ.) μέσω εμού ή οποιουδήποτε άλλου μέρους.

(Σύζυγος / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

3. Βεβαιώνω ότι είμαι ΑΣΤΕΓΟΣ και ότι είμαι ΑΣΤΕΓΟΣ από _____

(Σύζυγος / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

4. Βεβαιώνω ότι δεν έχω ΚΑΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ μέσω εμού ή οποιουδήποτε άλλου μέρους για την κάλυψη του ανεξόφλητου ποσού των λογαριασμών μου.

(Σύζυγος / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Η ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ/ΤΟΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟ

5. ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ/ΗΜΟΥΝ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΤΟΥ ΝΙΟΥ ΤΖΕΡΣΕΪ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΟΤΙ ΣΚΟΠΕΥΩ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΩ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΤΟΥ ΝΙΟΥ ΤΖΕΡΣΕΪ.

(Σύζυγος / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

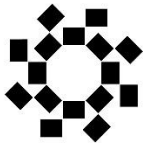
6. ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΟΛΑ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΗ, ΠΛΗΡΗ ΚΑΙ ΟΡΘΑ ΕΞ ΟΣΩΝ ΓΝΩΡΙΖΩ.

(Σύζυγος / Υπεύθυνος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Αξιολογητής



ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ / ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ

ΑΣΘΕΝΗΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡΧΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ. ΔΕΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΣΥΖΥΓΟ ΠΟΥ ΜΕΝΕΙ ΜΑΖΙ ΣΑΣ.

Βεβαιώνω ότι τα παρακάτω στοιχεία είναι αληθή και ακριβή. Κατανοώ πλήρως ότι η παροχή ψευδών στοιχείων ή η μη παροχή των στοιχείων που ζητούνται μπορεί να αποτελέσει αιτία για απάτη και η Meridian Health μπορεί να προβεί σε οποιαδήποτε κατάλληλη νομική ενέργεια. Κατανοώ ότι θα θεωρηθώ προσωπικά υπεύθυνος στην περίπτωση που οι πληροφορίες είναι πλαστές, ελλιπείς ή παραπλανητικές με οποιονδήποτε τρόπο.

Σημειώστε παρακάτω ό,τι ισχύει:

- Το παραπάνω άτομο μένει μαζί μου, και μένει μαζί μου από **(Ημερομηνία):** _____
- Το προαναφερθέν άτομο ήταν κάτοικος του Νιου Τζέρσεϊ κατά τη στιγμή της παροχής των υπηρεσιών, δεν έχει κατοικία σε καμία άλλη πολιτεία ή επαρχία και προτίθεται να παραμείνει στην πολιτεία.
- Το προαναφερθέν άτομο δεν καλύπτεται από κανένα είδος ιατρικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένου του Medicaid ή του Medicare.
- Το προαναφερθέν άτομο είναι άνεργο αυτή τη στιγμή και ήταν άνεργο για τουλάχιστον ένα μήνα πριν από την ημερομηνία παροχής των υπηρεσιών που αναφέρονται παραπάνω.
- Το προαναφερθέν άτομο δεν λαμβάνει επίδομα ανεργίας ή οποιουδήποτε άλλου είδους επίδομα, όπως π.χ. Αναπηρίας, SSI, Πρόνοιας, κ.λπ.
- Παρέχω Τροφή και Στέγη στο προαναφερθέν άτομο.
- Παρέχω μετρητά ύψους \$ _____ το μήνα στο προαναφερθέν άτομο.
- Το προαναφερθέν άτομο δεν μένει μαζί μου, αλλά του παρέχω υποστήριξη με τη μορφή:

Η σχέση σας με το προαναφερθέν άτομο

Υπογραφή

Διεύθυνση: _____

Αριθμός Τηλεφώνου: _____