



لطفاً به فرم‌های درخواست کمک مالی/مراقبت خیریه خود در پیوست مراجعه کنید.

می‌توانید در طی ۱ سال پس از مرخصی از بیمارستان یا دریافت مراقبت سرپایی، برای کمک مالی درخواست بدهید.

مراقبت خیریه برای ساکنان نیوجرسی که تحت پوشش بیمه هستند، تحت پوشش بیمه نیستند یا برای برنامه‌های ایالتی و فدرال واجد شرایط هستند، در دسترس است.

برای صلاحیت، باید معیارهای صلاحیت درآمد و دارایی در شما صدق کند.

مراقبت خیریه مراقبت بیمارستان را تحت پوشش قرار می‌دهد. برنامه به پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان که به طور مستقل برای خدماتشان صورتحساب صادر می‌کنند، اعمال نمی‌شود.

• لطفاً درخواست را تکمیل و امضا کنید

• کپی‌های همه اسناد ضروری را پیوست کنید.

• همه اسناد بر اساس تاریخ سرویس هستند.

• حروف اول نام یا نام خانوادگی شما و تاریخ سرویس عبارت‌اند از _____

• اگر ۲۱ ساله یا کمتر هستید و یک دانشجوی تمام وقت هستید، والدین یا قیم شما باید درخواست را تکمیل کنند و اسناد پشتیبان لازم را ارائه کنند. لطفاً تأییدیه وضعیت دانشجویی خود را ارائه کنید.

اگر در رابطه با درخواست یا اسنادی که برای درخواست ضروری هستند سوالی دارید، لطفاً با مشاور مالی به شماره **732-902-7080** تماس بگیرید. مشاوران از دوشنبه تا جمعه از ساعت ۰۸:۰۰ ق.ظ. تا ۰۴:۰۰ ب.ظ. در دسترس هستند.

() 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

برای راهنمایی بیشتر در رابطه با پردازش درخواست خود برای مراقبت خیریه، لطفاً کپی‌های اسناد فهرست شده در زیر را که برای شرایط شما صدق می‌کنند، ارائه کنید. اگر اسناد مناسب فهرست در زیر ارائه نشوند یا درخواست شما ناقص باشد، نمی‌توانیم درخواست شما را پردازش کنیم. کلیه اسناد ضروری بر اساس تاریخ سرویس شما هستند. تاریخ سرویس به معنای اولین روزی است که واقعاً در بیمارستان حضور داشته‌اید.

کارت‌های بیمه، لطفاً از رو و پشت آن کپی بگیرید

کارت شناسایی شخصی برای بیمار، همسر، فرزندان زیر ۱۸ سال و دانشجویان تمام وقت زیر ۲۱ سال.

- لطفاً برای هر عضو خانواده، یک مورد را انتخاب کنید: گواهینامه رانندگی، شناسنامه، کارت تأمین اجتماعی، پاسپورت

اسناد دارایی که شامل موجودی در تاریخ سرویس شما هستند

- اظهارنامه‌های بانکی حساب‌های جاری، قرض‌الحسنه و کارت بدهی
- اگر اظهارنامه شما چاپی است، از نماینده مؤسسه مالی درخواست کنید تا آن را ممهور و امضا کند.
- ممکن است لازم باشد برای سپرده بیش از درآمد گزارش شده خود توضیح دهید.
- اسناد جاری برای هر گونه CD's، IRA's، 401K's، سهام یا اوراق قرضه.

تأییدیه درآمد برای یک ماه قبل از تاریخ سرویس

- تأییدیه درآمد کسب شده، از جمله پرداخت قبض‌ها یا یک اظهارنامه کتبی امضا شده از درآمدهای خالص از کارفرمای شما در بالای نامه کاری.
- اگر شغل آزاد دارید، اظهارنامه سود و ضرر امضا شده توسط یک حسابدار ضروری است.
- اثبات درآمد کسب نشده، شامل اما نه محدود به حقوق بازنشستگی، حمایت از کودک، نفقه، مزایای جانبازان، نامه اعطای تأمین اجتماعی، نامه‌های SSI Award برای همه اعضای خانواده، بیکاری یا سابقه معلولیت دولتی یا سایر کمک‌های مالی.
- کپی کامل اظهارنامه مالیاتی شما برای سال قبل. اگر پرونده نداشتید، برای درخواست تأیید وضعیت بدون پرونده با شماره 1-800-829-1040 تماس بگیرید.

تأییدیه اقامت قبل از تاریخ سرویس

- باید نشانگر آدرس خیابان - نه صندوق پستی باشد
- لطفاً یکی از موارد زیر را انتخاب کنید: گواهینامه رانندگی، کپی اجاره‌نامه، قبض تسهیلات، نامه پشتیبانی، نامه دارای تاریخ همراه با نام و آدرس شما قبل از تاریخ سرویس

ضامن بیمار: (همه مواردی را که صدق می‌کند، امضا کنید و تاریخ بزنید).

- ضامن همسر، اگر متأهل هستید (همه مواردی را که صدق می‌کند، امضا کنید و تاریخ بزنید).

نامه پشتیبانی که به پیوست ارسال شده است باید توسط شخصی که همراه شما زندگی کرده (به جز همسر) و به شما کمک می‌کند، امضا شود.

لطفاً درخواست و اسناد خود را به آدرس زیر پست کنید:

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



New Jersey Hospital Care Assistance Program

درخواست برای مشارکت

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

بخش I - اطلاعات شخصی

نام بیمار (نام خانوادگی، نام، نام میانی)		تأمین اجتماعی		تاریخ تولد
تاریخ درخواست		تاریخ سرویس	زبان ترجیحی	
آدرس خیابان بیمار		شماره تلفن/همراه ()		
شهر، ایالت، کد پستی		اندازه خانواده	وضعیت تاهل	
شهروندی ایالات متحده		تأییدیه اقامت در نیوجرسی		
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
شماره: _____		خدمات اورژانسی <input type="checkbox"/>		
نام ضامن (اگر شخصی جز بیمار است)		پوشش بیمه:		
نام: _____		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
شماره بیمه‌نامه: _____				
سایر اعضای خانواده	نسبت	تاریخ تولد	باردار	پوشش بیمه
۱.				
۲.				
۳.				
۴.				
۵.				
۶.				

بخش II - معیار دارایی

دارایی‌ها شامل موارد زیر هستند:

الف. حساب‌های قرض‌الحسنه

ب. حساب‌های جاری

ج. اسناد سپرده / IRA

د. سهام در املاک و مستغلات (به غیر از محل سکونت اصلی)

ه. سایر دارایی‌ها، 401K، سهام و اوراق قرضه

و. مجموع

بخش III - معیار درآمد

در زمان تعیین صلاحیت برای کمک مراقبت بیمارستان، درآمد و اعتبارات همسر باید برای یک والد بزرگسال در نظر گرفته شود. درآمد و اعتبارات باید برای یک کودک زیر سن قانونی مورد استفاده قرار گیرند. تأییدیه درآمد باید همراه این درخواست ارسال شود. درآمد بر اساس محاسبه دوازده ماه، سه ماه، یک ماه یا یک هفته درآمد قبل از تاریخ سرویس است.

مجموع درآمد			نام کارفرما:
\$			
سالانه	ماهانه	هفتگی	منابع درآمد:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الف. حقوق / مزد قبل از کسورات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب. کمک عمومی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج. مزایای تأمین اجتماعی/ناتوانی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د. کمک هزینه بیکاران و کارگران
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ه. مزایای کهنه‌سربازان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و. همسر/فرزند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز. سایر پشتیبانی‌های مالی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ح. پرداخت‌های بازنشستگی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ط. بیمه یا پرداخت سالیانه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ی. سود سهام / بهره
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ک. درآمد از اجاره‌بها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ل. درآمد تجاری خالص
			ن. سایر (مزایای اعتصاب، کمک هزینه‌های آموزش،
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سهام، املاک یا ودیعه خانواده نظامی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر منابع درآمد:

بخش IV - تأیید توسط متقاضی

من می‌دانم اطلاعاتی که من ارسال می‌کنم منوط به تأیید توسط مرکز مراقبت‌های بهداشتی مربوطه و دولت‌های فدرال یا ایالتی است. بیان نادرست این حقایق، من را در قبال کلیه اتهامات تحت مجازات‌های مدنی در قبال همه بیمارستان‌ها مسئول می‌کند.

در صورت درخواست مراکز مراقبت‌های بهداشتی، من برای کمک‌های پزشکی دولتی یا خصوصی نسبت به پرداخت قبض بیمارستان درخواست می‌کنم.

اینجانب تأیید می‌کنم که اطلاعات فوق در رابطه با وضعیت خانوار، درآمد و دارایی‌ها صحیح و درست است.

می‌دانم که اطلاع به بیمارستان درباره هر گونه تغییر در وضعیت من در رابطه با درآمد یا دارایی‌هایم، مسئولیت من می‌باشد.

تاریخ	امضای بیمار یا قیم
	فقط برای استفاده اداری: مسئولیت عدم پوشش بیمه _____ %
	پس از پوشش بیمه _____ %
	تاریخ تأیید: _____ قابل اجرا از: _____ خاتمه در: _____
	امضای ارزیاب: _____



ضامن بیمار

در زیر، هر چه آنچه را که در مورد شما صدق می‌کند، امضا کنید:

1. من تصدیق می‌کنم که از _____ تاریخ _____، هیچگونه درآمدی نداشته‌ام.

_____ (بیمار / طرف مسئول) رابطه تاریخ

2. اینجانب شهادت می‌دهم که هیچ دارایی ندارم (حساب بانکی، CD و غیره) که به من یا شخص دیگری تعلق داشته باشد.

_____ (بیمار / طرف مسئول) رابطه تاریخ

3. شهادت می‌دهم که بی‌خانمان هستم و از این تاریخ بی‌خانمان بوده‌ام _____

_____ (بیمار / طرف مسئول) رابطه تاریخ

4. شهادت می‌دهم که هیچ پوشش پزشکی ندارم که به من یا هر شخص دیگری تعلق داشته باشد و بتواند مبلغ قابل توجه صورتحساب من را پوشش بدهد.

_____ (بیمار / طرف مسئول) رابطه تاریخ

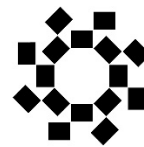
گواهی شهادت محل اقامت باید توسط بیمار/شخص مسئول امضا شود.

5. شهادت می‌دهم که در زمان دریافت خدمات ساکن نیوجرسی بودم و قصد دارم به سکونت خود در نیوجرسی ادامه بدهم.

_____ (بیمار / طرف مسئول) رابطه تاریخ

6. تأیید می‌کنم تمام اطلاعات ارائه شده در این سوگندنامه حقیقت دارد، کامل است و تا جایی که اطلاع دارم، صحت دارد.

_____ (بیمار / طرف مسئول) رابطه تاریخ



سوگندنامه همسر

در زیر، هر چه آنچه را که در مورد شما صدق می‌کند، امضا کنید:

1. من تصدیق می‌کنم که از _____ ، هیچگونه درآمدی نداشته‌ام.
تاریخ

_____ (همسر / شخص مسئول)
نسبت تاریخ

2. اینجانب شهادت می‌دهم که هیچ دارایی ندارم (حساب بانکی، CD و غیره) که به من یا شخص دیگری تعلق داشته باشد.

_____ (همسر / شخص مسئول)
نسبت تاریخ

3. شهادت می‌دهم که بی‌خانمان هستم و از این تاریخ بی‌خانمان بوده‌ام _____

_____ (همسر / شخص مسئول)
نسبت تاریخ

4. شهادت می‌دهم که هیچ پوشش پزشکی ندارم که به من یا هر شخص دیگری تعلق داشته باشد و بتواند مبلغ قابل توجه صورتحساب من را پوشش بدهد.

_____ (همسر / شخص مسئول)
نسبت تاریخ

گواهی شهادت محل اقامت باید توسط بیمار/شخص مسئول امضا شود.

5. شهادت می‌دهم که در زمان دریافت خدمات ساکن نیوجرسی بودم و قصد دارم به سکونت خود در نیوجرسی ادامه بدهم.

_____ (همسر / شخص مسئول)
نسبت تاریخ

6. تأیید می‌کنم تمام اطلاعات ارائه شده در این سوگندنامه حقیقت دارد، کامل است و تا جایی که اطلاع دارم، صحت دارد.

_____ (همسر / شخص مسئول)
نسبت تاریخ



نامه پشتیبانی / کمک

بیمار:

تاریخ:

تاریخ تولد:

تاریخ اولیه خدمات:

باید توسط شخصی تکمیل شود که به بیمار کمک می‌کند. به جز همسر که همراه با شما زندگی می‌کند.

اینجانب گواهی می‌کنم که اطلاعاتی که در بالا ذکر شد صحت دارد و درست است. اینجانب کاملاً متوجه هستم که دادن اطلاعات نادرست یا عدم ارائه اطلاعات کافی برای درخواست ممکن است منجر به تنظیم پرونده کلاهبرداری شود و به Meridian Health امکان پیگیری قضایی بدهد. علاوه بر این می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست، ناکافی یا به هر شکل گمراه کننده باشد، بنده شخصاً مسئول خواهم بود.

تمام موارد مربوطه در زیر را علامت بزنید:

- شخص فوق‌الذکر با من زندگی می‌کند، و از این تاریخ با هم زندگی می‌کنیم (تاریخ): _____
- شخص فوق‌الذکر ساکن ایالات نیوجرسی است و در زمان ارائه خدمات در هیچ ایالت یا کشور دیگری سکونت نداشته است و قصد داشته در این ایالت بماند.
- شخص مذکور تحت پوشش هیچگونه بیمه پزشکی، از جمله Medicaid یا Medicare قرار ندارد.
- شخص مذکور در حال حاضر بیکار است و برای مدت حداقل یک ماه قبل از تاریخ مشخص شده در بالا بیکار بوده است.
- شخص فوق‌الذکر از مزایای و حقوق بیکاری یا هیچ حقوق دیگری مثل موارد زیر استفاده نمی‌کند معلولیت، SSI، رفاه و غیره.
- من غذا و محل اقامت در اختیار به شخص فوق‌الذکر قرار می‌دهم.
- من ماهیانه مبلغ \$ _____ در اختیار شخص فوق‌الذکر قرار می‌دهم.
- شخص فوق‌الذکر با من زندگی نمی‌کند اما به شکل زیر از او حمایت می‌کنم:

امضا

نسبت شما با شخص فوق‌الذکر

آدرس:

شماره تلفن:
