

מצורפים בזאת טפסי הבקשה לקבלת Charity Care/Financial Aid.

ניתן להגיש בקשה לקבלת סיוע כספי תוך שנה אחת ממועד השחרור מבית החולים או קבלת הטיפול למטופל חוץ.

Charity Care זמין לתושבי ניו ג'רזי שאינם מבוטחים, שיש להם כיסוי ביטוחי חסר או שאינם זכאים לתכניות המדינה והממשל הפדרלי.

כדי להיות זכאי, עליך לעמוד בקריטריוני הזכאות מבחינת הכנסה ונכסים.

Charity Care מכסה טיפול בבית החולים. התכנית לא חלה על רופאים או מטפלים אחרים שמחייבים באופן עצמאי על שירותיהם.

- נא למלא את טופס הבקשה ולחתום עליו.
- יש לצרף עותקים של כל המסמכים הנדרשים.
- כל התיעוד מבוסס על תאריך השירות.
- תאריך השירות ההתחלתי או הראשון שלך הוא _____
- אם גילך 21 שנה ומטה, ואתה סטודנט בתכנית לימודים מלאה, על ההורה או האפוטרופוס שלך למלא את טופס הבקשה ולספק את המסמכים התומכים הנחוצים. נא לספק הוכחה למעמדך כסטודנט.

בכל שאלה בנוגע לטופס הבקשה או לתיעוד הנחוץ להגשת הבקשה, נא לפנות ליועץ הפיננסי בטלפון 732-902-7080. היועצים זמינים בימים שני עד שישי, בשעות 08:00-16:00.

() 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

כדי להוסיף ולסייע לנו בעיבוד טופס הבקשה שלך ל-Charity Care, נא לספק עותקים של המסמכים המפורטים להלן, התקפים למצבך. אם לא יסופק התיעוד המתאים המפורט להלן, או אם טופס הבקשה שלך אינו מלא, לא נוכל לעבד את בקשתך. כל המסמכים הדרושים מבוססים על תאריך השירות שלך. תאריך השירות פירושו היום הראשון שבו היית בבית החולים בפועל.

כרטיסי ביטוח, נא לצלם את הצד הקדמי והאחורי.

תעודה מזהה של המטופל, בן/בת הזוג, ילדים מתחת לגיל 18 וסטודנטים בתכנית לימודים מלאה מתחת לגיל 21.

- נא לבחור באחד מאלה לכל בן משפחה: רישיון נהיגה, תעודת לידה, תעודת ביטוח לאומי, דרכון

דוחות נכסים הכוללים את המאזן בתאריך השירות

- דוחות של חשבונות עו"ש, חיסכון וכרטיסי חיוב
- אם מדובר בדוח מודפס, יש לצרף לו חותמת וחתימה מנציג המוסד הפיננסי.
- ייתכן שיהיה צורך בהסבר על פיקדונות מעבר להכנסתך המדווחת.
- תיעוד עדכני על כל תעודת פיקדון, חשבון גמל אישי, K401, מניות או אגרות חוב.

הוכחת הכנסה לחודש אחד לפני תאריך השירות

- הוכחת הכנסה מעבודה, לרבות תלושי שכר או הצהרה חתומה בכתב על הכנסות ברוטו מהמעסיק על נייר מכתבים של העסק.
- אם אתה עצמאי - דוח רווח והפסד, בחתימת רואה חשבון נדרש.
- הוכחת הכנסה שלא מעבודה, לרבות בין השאר קצבת פרישה, דמי מזונות, דמי מזונות לילדים, הטבות ליוצאי צבא, מכתב מענק ביטוח לאומי, מכתב מענק ביטוח לאומי לכל בני המשפחה, תיעוד של דמי אבטלה או נכות מהמדינה או הפרשות כספיות אחרות.
- עותק מלא של דיווח המס שלך לשנה הקודמת. אם לא הגשת, נא להתקשר למספר 1-800-829-1040 כדי לבקש אימות למעמדך כמי שלא הגיש.

הוכחת מגורים לפני תאריך השירות

- חובה לציין כתובת רחוב - ולא תיבת דואר
- נא לבחור אחד מהבאים: רישיון נהיגה, עותק הסכם חכירה, חשבון מים/חשמל/גז, מכתב תמיכה, דואר בציון תאריך עם שמך וכתובתך, שהונפקו לפני תאריך השירות.

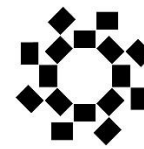
הצהרת המטופל: (יש לחתום ולציין תאריך בכל המקומות הרלוונטיים).

- הצהרת בן/בת הזוג אם נשוי/אה (יש לחתום ולציין תאריך בכל המקומות הרלוונטיים).

על מכתב התמיכה המצורף נדרשת חתימת האדם שעמו אתה מתגורר (להוציא בן/בת זוג), אשר מסייע בתמיכה בך.

נא לשלוח את טופס הבקשה ואת המסמכים בדואר לכתובת:

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



תכנית הסיוע הכספי לטיפול בבתי החולים של ניו ג'רזי

בקשה להשתתפות

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

סעיף א' – פרטים אישיים

שם המטופל (משפחה, פרטי, אמצעי בראשי תיבות)		ביטוח לאומי		תאריך לידה	
תאריך הגשת הבקשה		תאריך השירות		שפה מועדפת	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				בהריון	
כתובת המטופל		מספר טלפון/סלולרי ()			
עיר, מדינה, מיקוד		גודל המשפחה		מצב משפחתי	
מעמד אזרחות בארה"ב		הוכחת מגורים בניו ג'רזי			
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> תושב חוקי מאז:		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> שירותי חירום			
שם הערב (אם הוא איננו המטופל)		כיסוי ביטוחי:			
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
שם:		מס' פוליסה:			
בני משפחה נוספים		קרבה		תאריך לידה	
1.				בהריון	
2.				כיסוי ביטוחי	
3.					
4.					
5.					
6.					

סעיף ב' - קריטריוני נכסים

הנכסים כוללים:

א. חשבונות חיסכון

ב. חשבונות עו"ש

ג. תעודות פיקדון/חשבון גמל אישי

ד. הון בגדל"ן (למעט מקום מגורים עיקרי)

ה. נכסים אחרים, K401, מניות ואגרות חוב

ו. סה"כ

סעיף ג' - קריטריוני הכנסה

בקביעת הזכאות לסיוע בטיפול בבית החולים, יש להשתמש בהכנסה ובזיכויים של בן/בת הזוג עבור הורה/ים בוגר/ים במקרה של ילד קטין, חובה להשתמש בהכנסה ובזיכויים. יש לצרף לטופס בקשה זה הוכחת הכנסה. ההכנסה מבוססת על חישוב של שנים-עשר חודשים, שלושה חודשים, חודש אחד או שבוע אחד של הכנסה לפני תאריך השירות.

מקורות ההכנסה:	שם מעסיק:			סה"כ הכנסה
	שבועית	חודשית	שנתית	
<input type="checkbox"/>	א. משכורת/שכר לפני ניכויים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ב. סיוע ציבורי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ג. הטבות ביטוח לאומי/נכות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ד. אבטלה וביטוח אבדן כושר עבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ה. הטבות יוצא צבא	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ו. מחונות/תמיכה בילדים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ז. זכיה כספית א	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ח. לומי קצבה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ט. לומי ביטוח קצבה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	י. דנדים/ריבין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	יא. זכיה משכיר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	יב. זכיה נטו מערבים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	M. אחר (הטבות שביתה, קצבאות הכשרה, קצבה למש"ת צבא, עיזבון או נאמנות)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מקור הכנסה אחר: _____				

סעיף ד - אישור מגיש הבקשה

מובן לי שהמידע שאני מגיש כפוף לאימות מצד המתקן הרפואי המתאים והמשל הפדרלי או של המדינה. מובן לי שייצוג שגוי במכוון של עובדות אלה יוביל לנשיאתי בכל חיובי בית החולים, בכפוף לענישה אזרחית.

אם אתבקש לעשות כן על-ידי המתקן הרפואי, אגיש בקשה לסיוע רפואי ממשלתי או פרטי לצורך תשלום חשבון בית החולים.

אני מאשר שהמידע לעיל בנוגע למצבי המשפחתי, להכנסתי ולנכסי נכון ותקין.

מובן לי שבאחריותי לידע את בית החולים על כל שינוי במצב מבחינת ההכנסה או הנכסים שלי.

תאריך	חתימת המטופל או האפוטרופוס
לשימוש משרדי בלבד: אחריות ללא כיסוי ביטוחי _____ %	
אחרי כיסוי ביטוחי _____ %	
תאריך אישור: _____ בתוקף: _____ סיום: _____	
חתימת המעריך: _____	

הצהרת המטופל

נא לחתום להלן בכל המקומות הרלוונטיים למצבך:

1. אני מצהיר שנכון לתאריך _____ טרם קיבלתי כל הכנסה.
תאריך

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

2. אני מצהיר שאין לי שום נכסים (חשבונות בנק, תעודות פיקדון וכדומה) בעצמי או באמצעות כל צד אחר.

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

3. אני מצהיר שאני מחוסר בית ושהייתי מחוסר בית מאז _____

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

4. אני מצהיר שאין לי כיסוי רפואי בעצמי או באמצעות כל צד אחר לכיסוי הסכום שטרם נפרע מחשבונותיי.

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

על המטופל/הצד האחראי לחתום על הצהרת המגורים

5. אני מצהיר שאני תושב ניו ג'רזי כיום או שהייתי תושב ניו ג'רזי בעבר, במועד קבלת השירותים, ושכונתי להישאר תושב ניו ג'רזי.

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

6. אני מאשר שכל המידע הנמסר בהצהרה זו אמתי, נכון ומלא למיטב ידיעתי.

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

הצהרת בן/בת זוג

נא לחתום להלן בכל המקומות הרלוונטיים למצבך:

1. אני מצהיר שנכון לתאריך _____ טרם קיבלתי כל הכנסה.
תאריך

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

2. אני מצהיר שאין לי שום נכסים (חשבונות בנק, תעודות פיקדון וכדומה) בעצמי או באמצעות כל צד אחר.

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

3. אני מצהיר שאני מחוסר בית ושהייתי מחוסר בית מאז _____

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

4. אני מצהיר שאין לי כיסוי רפואי בעצמי או באמצעות כל צד אחר לכיסוי הסכום שטרם נפרע מחשבונותיי.

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

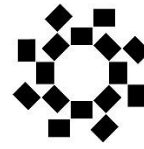
על המטופל/הצד האחראי לחתום על הצהרת המגורים

5. אני מצהיר שאני תושב ניו ג'רזי כיום או שהייתי תושב ניו ג'רזי בעבר, במועד קבלת השירותים, ושכונתי להישאר תושב ניו ג'רזי.

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך

6. אני מאשר שכל המידע הנמסר בהצהרה זו אמתי, נכון ומלא למיטב ידיעתי.

(המטופל/הצד האחראי) קרבה תאריך



מכתב תמיכה/סיוע

תאריך:

המטופל:

תאריך שירות התחלתי:

תאריך לידה:

למילוי נותן התמיכה למטופל. לא כולל בן/בת זוג המתגורר/ת עמך.

אני מאשר שהמידע שנמסר להלן אמתי ונכון. מובן לי שמסירת מידע שגוי ושאי מסירת כל המידע שהתבקש עשויה להוות עילה להאשמה בהונאה, וש-Meridian Health תהא רשאית לנקוט בכל פעולה משפטית מתאימה. כמו כן, מובן לי שאני אשא באחריות האישית במקרה של מידע מזויף, חסר או מטעה בכל אופן.

נא לסמן את כל האפשרויות המתאימות להלן:

האדם ששמו נזכר לעיל מתגורר עמי מאז (תאריך): _____

האדם ששמו נזכר לעיל היה תושב ניו ג'רזי במועד השירות, אין לו מעמד של מגורים בשום מדינה או ארץ אחרת, ובכוונתו להישאר במדינה.

האדם ששמו נזכר לעיל אינו מכוסה בשום ביטוח רפואי שהוא, לרבות Medicare או Medicaid.

האדם ששמו נזכר לעיל אינו מועסק כיום, ולא היה מועסק למשך חודש אחד לפחות לפני תאריך השירות המצוין לעיל.

האדם ששמו נזכר לעיל לא מקבל דמי אבטחה או כל הטבה אחרת, כגון נכות, ביטוח לאומי, רווחה וכדומה.

אני מספק מזון ומגורים לאדם ששמו נזכר לעיל.

אני מספק לאדם ששמו הנזכר לעיל כסף מזומן בסך \$ _____ לחודש.

האדם ששמו נזכר לעיל אינו מתגורר עמי, אך אני מספק תמיכה בצורת:

קרבתיך לאדם האמור לעיל

חתימה

כתובת:

מספר טלפון:
