

Mellékelve találja a nyomtatványt, amellyel kedvezményes ellátást/pénzügyi támogatás igényelhet.

Pénzügyi támogatást a kórházból való elbocsátást vagy a járóbeteg-ellátásról szóló igazolás kibocsátását követő egy évben kérhet.

Kedvezményes ellátást azok a New Jersey-i lakosok igényelhetnek, akiknek nincs, vagy nagyon alacsony összegű a biztosításuk, illetve nem vehetnek részt állami vagy szövetségi programokban.

Jogosultsághoz meg kell felelnie a jövedelemmel és a vagyonnal kapcsolatos követelményeknek is.

A kedvezményes ellátás a kórházi ellátást is magában foglalja. A programban nem vehetnek részt orvosok vagy más szolgáltatók, akik független személyként számláznak a szolgáltatásaikért.

- Kérjük, töltsse ki, és írja alá a kérvényt
- Csatolja a szükséges dokumentumok másolatát.
- Minden dokumentációnak a szolgáltatás napján fennálló állapotot kell tükröznie.
- Kezdő \_\_\_\_\_ vagy \_\_\_\_\_ első \_\_\_\_\_ szolgáltatás \_\_\_\_\_ dátuma
- Ha Ön 21 éves vagy fiatalabb, és nappali tagozatos felsőoktatási hallgató, a szülőnek vagy gyámnak kell kitöltenie a kérvényt, és benyújtania a szükséges dokumentumokat. Kérjük, igazolja hallgatói jogviszonyát.

**Ha kérdése van a kérvénnyel vagy az igényléshez szükséges dokumentációval kapcsolatban, hívja pénzügyi tanácsadóinkat a 732-902-7080-as számon. Tanácsadóink hétfőtől péntekig 8:00 és 16:00 óra között érhetőek el.**

( ) 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

**Kérjük, segítse munkánkat azzal, hogy a kedvezményes ellátást igénylő kérvényhez csatolja a lenti dokumentumok közül azokat, amelyek az Ön helyzetére vonatkoznak. Ha a listában szereplő valamely dokumentumot nem nyújtja be, vagy a kérvényt nem tölti ki teljesen, nem fogjuk tudni feldolgozni azt. Minden szükséges dokumentum a szolgáltatás napján fennálló állapotot tükrözze. A szolgáltatás napja az első nap, amikor kórházban volt.**

Biztosítást igazoló kártyák, első és hátsó oldal is

A beteg, a házastárs, a 18 év alatti gyermekek és a 21 év alatti, nappali tagozatos, felsőoktatásban tanuló gyerekek személyazonosításra alkalmas dokumentuma.

- Kérjük, válasszon egyet minden családtagjának: vezetői engedély, születési anyakönyvi kivonat, társadalombiztosítási azonosító kártya, útlevél

Vagyonnyilatkozat a szolgáltatás napján elérhető számlaegyenlegével együtt

- Kivonat folyószámláiról, megtakarításairól és hitelkártyáiról
- Ha kinyomtatja a kivonato(ka)t, pecsételtesse le és írassa alá a pénzügyi képviselőjével.
- Lehet, hogy a bejelentett jövedelménél nagyobb befizetéseket meg kell indokolnia.
- Kötvényekre, részvényekre, tartós befektetési számlákra (CD), egyéni nyugdíjszámlákra (IRA), 401k megtakarításokra vonatkozó friss dokumentáció.

Jövedelemigazolás a szolgáltatás napját megelőző egy hónapra

- A munkáltatója által a cég fejléces papírjára kiállított és aláírt igazolás a bruttó munkavállalói jövedelméről; vagy jövedelemigazolás a kifizetési igazolásokkal (pay stubs) együtt.
- Ha Ön vállalkozó, egy könyvelő által aláírt eredménykimutatást kell bemutatnia.
- Igazolás egyéb jövedelmekről, például, de nem kizárólagosan: nyugdíj, gyermekek után járó támogatások, tartásdíj, leszerelt katonáknak járó juttatások, társadalombiztosítási juttatások elnyeréséről szóló igazolás az összes családtag részére, munkanélküliségi igazolás vagy rokkantságról szóló igazolás és egyéb pénzügyi bevételek.
- A megelőző év adóbevallásának teljes másolata. Ha nem adta be, hívja az 1-800-829-1040 számot, és hitelesítse magát „benyújtásra nem kötelezett személyként”.

A szolgáltatás napja előttre vonatkozó lakcímgazolás

- Postafiók NEM fogadható el, csak fizikai cím
- Válasszon a következőkből: vezetői engedély, bérleti szerződés, közüzemi számla, támogatói nyilatkozat, a szolgáltatás napja előtt lepecsételt levél dátummal, az Ön nevével és címével

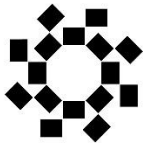
A beteg igazoló aláírása: (dátumozza és írja alá az Önre vonatkozókat).

- Ha házas, a házastárs igazoló aláírása (dátumozza és írja alá az Önre vonatkozókat).

A mellékelt támogatói nyilatkozatot írassa alá azzal a személlyel, akivel együtt él (kivéve, ha ez a házastársa), és aki támogatást nyújt Önnek.

**Kérjük, a kérvényt és a dokumentumokat küldje a következő címre:**

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



New Jersey Kórházi Ápolási Segítség Program

Részvételi kérvény

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

I. RÉSZ – SZEMÉLYES ADATOK

BETEG NEVE (KERESZTNÉV, VEZETÉKNÉV, KÖZÉPSŐ NÉV KEZDŐBETŰJE) SZÜLETÉSI DÁTUM			TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI SZÁM	
KÉRELMEZÉS NAPJA IGEN NEM	SZOLGÁLTATÁS NAPJA	ELŐNYBEN RÉSZESÍTETT NYELV	TERHES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
BETEG LAKHELYE (UTCA, HÁZSZÁM) TELEFON-/MOBILTELEFONSZÁM			( )	
VÁROS, ÁLLAM, IRÁNYÍTÓSZÁM CSALÁDI ÁLLAPOT			CSALÁD LÉTSZÁMA	
AMERIKAI ÁLLAMPOLGÁR <input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> TÖRVÉNYES LAKOS: _____ ÓTA		N. J.-I LAKCÍMÉT IGAZOLÓ IRAT <input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> VÉSZHELYZETI SZOLGÁLATOK		
KEZES NEVE (ha különbözik a betegtől)		BIZTOSÍTÁSI FEDEZET: NÉV: <input type="checkbox"/> IGEN <input type="checkbox"/> NEM KÖTVÉNYSZÁM: _____		
TOVÁBBI CSALÁDTAGOK	VISZONY	SZÜLETÉSI DÁTUM	TERHES	BIZTOSÍTÁSI FEDEZET
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

II. RÉSZ – VAGYONI HELYZET

VAGYON RÉSZEI:

- A. Megtakarítások \_\_\_\_\_
- B. Folyószámla \_\_\_\_\_
- C. Tartós befektetési számla / egyéni nyugdíjszámla \_\_\_\_\_
- D. Ingatlanvagyon (az állandó lakcímén kívül) \_\_\_\_\_
- E. Egyéb vagyoneszközök, 401K, részvények és kötvények \_\_\_\_\_
- F. ÖSSZESEN: \_\_\_\_\_

### III. RÉSZ – BEVÉTELEK

Amikor a kórházi ellátási segítségre való jogosultságot határozzák meg, a házastárs jövedelmét és segélyeit a felnőtt jövedelmei közt kell számba venni, a szülői jövedelmeket és segélyeket pedig egy kiskorú gyermeknél. Jelen kérvényhez csatolnia kell jövedelemigazolást. A jövedelem kiszámításához a szolgáltatás napja előtti 12 hónapot, 3 hónapot, 1 hónapot vagy 1 hetet kell figyelembe venni.

MUNKÁLTATÓ NEVE: \$ _____	ÖSSZES BEVÉTEL
<b>BEVÉTELI FORRÁSOK:</b>	<b>Heti      Havi      Éves</b>
A. Bér/jövedelem levonások előtt _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. Állami segély _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. Társadalombiztosítási/rokkantsági ellátások _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D. Munkanélküli segély és táppénz _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E. Leszerelt katonák juttatásai _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F. Tartásdíj/gyermektartás _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. Egyéb pénzügyi támogatás _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H. Nyugdíjkifizetések _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I. Biztosítási és járadékfizetések _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J. Osztalék/kamat _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K. Bérleti díjakból származó bevétel _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L. Nettó üzleti bevétel _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M. Egyéb bevétel (sztrájkjuttatásból, képzési juttatásból katonacsaládok alapjából, hagyatékból vagy vagyonekezelőtől) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Egyéb bevételi források: _____	

### IV. RÉSZ – A KÉRELMEZŐ TANÚSÍTVÁNYAI

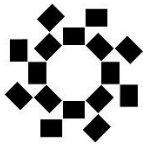
Tisztában vagyok vele, hogy a beadandó adatokat a megfelelő egészségügyi szolgáltató és állami vagy szövetségi hatóság felülvizsgálja. Szándékosan téves adatok benyújtása esetén a kórházi ellátás teljes költsége rám hárul, és jogilag felelősségre vonható vagyok.

Ha az egészségügyi intézmény kéri, állami vagy magán egészségügyi segítséget kérek a kórházi számla kifizetéséhez.

Kijelentem, hogy a családom méretére, jövedelmére és vagyonára vonatkozó adatok valóságosak és helytállóak.

Tudomásul veszem, hogy köteles vagyok tájékoztatni a kórházat a jövedelmemmel vagy vagyonommal kapcsolatban beálló változásokról.

<b>A BETEG VAGY A GYÁM ALÁÍRÁSA</b>	<b>DÁTUM</b>
<b>A HIVATAL TÖLTI KI:</b> Kötelezettség      Biztosítási fedezet nélkül _____ % Biztosítási fedezeten felül _____ %	_____ %
TANÚSÍTÁS DÁTUMA: _____ Hatályba lép: _____ Hatályon kívül helyeződik: _____	
Minősítő aláírása: _____	



## A BETEG TANÚSÍTVÁNYAI

### ÍRJA ALÁ AZT A PONTOT, AMELY ÖNRE VONATKOZIK:

1. Kijelentem, hogy \_\_\_\_\_ napig NEM volt bevételem.  
DÁTUM

\_\_\_\_\_  
(Beteg/ Felelős személy)                      Viszony DÁTUM

2. Kijelentem, hogy NINCS VAGYONOM (bankszámla, befektetési számla stb.) sem a saját nevemen, sem más nevén vagy kezelésében.

\_\_\_\_\_  
(Beteg/ Felelős személy)                      Viszony DÁTUM

3. Kijelentem, hogy \_\_\_\_\_ óta HAJLÉKTALAN vagyok.

\_\_\_\_\_  
(Beteg/ Felelős személy)                      Viszony    DÁTUM

4. Kijelentem, hogy NINCS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOM sem a saját nevemen, sem más nevén, hogy kifizessem a rendezetlen számláimat.

\_\_\_\_\_  
(Beteg/Felelős személy)                      Viszony    DÁTUM

### A LAKÓHELYRŐL SZÓLÓ TANÚSÍTVÁNYT A BETEGNEK/FELELŐS SZEMÉLYNEK ALÁ KELL ÍRNI

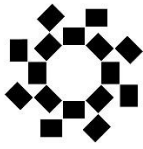
**5. KIJELENTEM, HOGY NEW JERSEY-BEN LAKOM/LAKTAM, AMIKOR A SZOLGÁLTATÁSOKAT IGÉNYBE VETTEM, ÉS TOVÁBBRA IS NEW JERSEY-I LAKOS KÍVÁNOK MARADNI.**

\_\_\_\_\_  
(Beteg/Felelős személy)                      Viszony    DÁTUM

**6. MEGERŐSÍTEM, HOGY A TANÚSÍTVÁNYBAN LEÍRTAK LEGJOBB TUDOMÁSOM SZERINT IGAZAK, AZ ADATOK TELJES KÖRŰEK ÉS HELYESEK.**

\_\_\_\_\_  
(Beteg/Felelős személy)                      Viszony    DÁTUM

\_\_\_\_\_  
Kérdező



## A HÁZASTÁRS TANÚSÍTVÁNYA

### ÍRJA ALÁ AZT A PONTOT, AMELY ÖNRE VONATKOZIK:

1. Kijelentem, hogy \_\_\_\_\_ napig NEM volt bevételem.  
DÁTUM

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/Felelős személy)

\_\_\_\_\_  
Viszony

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

2. Kijelentem, hogy NINCS VAGYONOM (bankszámla, befektetési számla stb.) sem a saját nevemen, sem más néven vagy kezelésében.

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/Felelős személy)

\_\_\_\_\_  
Viszony

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

3. Kijelentem, hogy \_\_\_\_\_ óta HAJLÉKTALAN vagyok.

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/Felelős személy)

\_\_\_\_\_  
Viszony

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

4. Kijelentem, hogy NINCS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOM sem a saját nevemen, sem más néven, hogy kifizessem a rendezetlen számláimat.

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/Felelős személy)

\_\_\_\_\_  
Viszony

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

### A LAKÓHELYRŐL SZÓLÓ TANÚSÍTVÁNYT A BETEGNEK/FELELŐS SZEMÉLYNEK ALÁ KELL ÍRNI

**5. KIJELENTEM, HOGY NEW JERSEY-BEN LAKOM/LAKTAM, AMIKOR A SZOLGÁLTATÁSOKAT IGÉNYBE VETTEM, ÉS TOVÁBBRA IS NEW JERSEY-I LAKOS KÍVÁNOK MARADNI.**

\_\_\_\_\_  
(Házastárs/Felelős személy)

\_\_\_\_\_  
Viszony

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

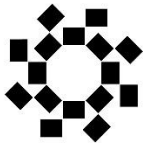
**6. MEGERŐSÍTEM, HOGY A TANÚSÍTVÁNYBAN LEÍRTAK LEGJOBB TUDOMÁSOM SZERINT IGAZAK, AZ ADATOK TELJES KÖRŰEK ÉS HELYESEK.**

\_\_\_\_\_  
(Házastárs / Felelős személy)

\_\_\_\_\_  
Viszony

\_\_\_\_\_  
DÁTUM

\_\_\_\_\_  
Kérdező



Hackensack  
Meridian Health

## TÁMOGATÓI/SEGÍTŐI LEVÉL

BETEG:

DÁTUM:

SZÜLETÉSI DÁTUM:

SZOLGÁLTATÁS KEZDŐNAPJA:

A KÖVETKEZŐ RÉSZT AZ A SZEMÉLY TÖLTSE KI, AKI TÁMOGATJA A BETEGET. AZ ÖNNEL ÉLŐ HÁZASTÁRSA NEM SZÁMÍT.

Kijelentem, hogy az alább leírtak igazak és helytállóak. Megértem, hogy ha hamis adatokat adok meg, vagy csak részlegesen válaszolok a kérdésekre, azzal csalás gyanúját vetem fel, és a Meridian Health jogi lépéseket tehet ellenem. Megértem tovább, hogy személy szerint én vagyok felelős minden meghamisított, töredékes vagy bármilyen módon félrevezető információért.

### Pipálja be, amelyek Önre vonatkozik:

- A fent nevezett személy \_\_\_\_\_ (adja meg a dátumot) óta velem él együtt.
- A fent nevezett személy a szolgáltatás idején New Jersey-ben lakott, nincs más államban vagy országban lakhelye, és az államban kíván maradni.
- A fent nevezett személynek semmilyen biztosítása sincs, ide értve a Medicaidet vagy a Medicare-t.
- A fent nevezett személy jelenleg munkanélküli, és a szolgáltatás első napját megelőzően legalább egy hónapon át munkanélküli volt.
- A fent nevezett személy nem kap munkanélküli juttatást vagy bármilyen más juttatást, például rokkantsági, társadalombiztosítási, szociális juttatást stb.
- A fent nevezett személynek én biztosítok ételt és lakhatást.
- A fent nevezett személynek én biztosítok havi \$ \_\_\_\_\_ készpénzt.
- A fent nevezett személy nem velem él, de a következőkkel támogatom őt:  
\_\_\_\_\_

Aláírás

Milyen viszonyban van a fent nevezettel?

Lakcím:

Telefonszám: