

W załączeniu znajduje się formularz wniosku o opiekę charytatywną lub pomoc finansową.

Można ubiegać się o pomoc finansową w ciągu 1 roku od wypisania ze szpitala lub otrzymania opieki ambulatoryjnej.

Opieka charytatywna jest dostępna dla mieszkańców stanu New Jersey, którzy są nieubezpieczeni, niedoubezpieczeni lub nie są uprawnieni do korzystania z programów rządowych lub federalnych.

Aby zakwalifikować się do otrzymania pomocy finansowej, kandydat powinien spełniać kryteria odnośnie dochodu i posiadanego majątku.

Opieka charytatywna pokrywa opiekę zdrowotną w szpitalu. Program ten nie dotyczy lekarzy ani innych dostawców, którzy niezależnie rozliczają swoje usługi.

- Prosimy o wypełnienie i podpisanie wniosku
- Prosimy załączyć kopie wszystkich wymaganych dokumentów.
- Cała dokumentacja jest oparta na dacie, gdy usługa była świadczona po raz pierwszy.
- Data pierwszej usługi to _____
- W przypadku, gdy korzystający z programu ma poniżej 21 lat i uczy się w szkole wyższej, wniosek powinien zostać wypełniony przez jego rodzica lub opiekuna i należy do niego załączyć dokumenty dodatkowe. Proszę przedstawić dowód swojego statusu osoby nadal uczącej się.

W przypadku pytań na temat wniosku lub dokumentacji wymaganej do jego złożenia, prosimy o kontakt z doradcą finansowym na numer 732-902-7080. Doradcy pracują od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 – 16:00.

() 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

Aby dodatkowo pomóc nam w rozpatrzeniu Twojego wniosku o opiekę charytatywną, dostarcz kopie dokumentów wymienionych poniżej, które dotyczą Twojej sytuacji. Jeśli nie zostanie złożona, wymieniona poniżej, odpowiednia dokumentacja lub Twój wniosek będzie niekompletny, nie będziemy mogli go rozpatrzyć. Wszystkie wymagane dokumenty oparte są o Datę Świadczenia Usługi. Data Świadczenia Usługi oznacza pierwszy dzień pobytu pacjenta w szpitalu.

Karty ubezpieczeniowe - prosimy skopiować przód i tył

Dowód tożsamości pacjenta, małżonka, dzieci poniżej 18 roku życia oraz studentów studiujących w systemie dziennym poniżej 21 roku życia.

- Proszę wybrać jeden dla każdego członka rodziny: prawo jazdy, akt urodzenia, karta ubezpieczenia społecznego, paszport

Oświadczenie o stanie majątkowym zawierające saldo na dzień przyjęcia do szpitala

- Wyciągi z rachunków czekowych, oszczędnościowych i kart debetowych
- Jeśli wyciąg jest wydrukiem z komputera, powinien zostać podstemplowany i podpisany przez przedstawiciela instytucji finansowej.
- Wpłaty powyżej zgłaszanego dochodu mogą wymagać dodatkowego wyjaśnienia.
- Aktualna dokumentacja dla świadczenia depozytowego, funduszu emerytalnego, konta emerytalnego, akcji i obligacji.

Dowód na osiągnięty dochód za miesiąc poprzedzający datę pierwszego dnia pobytu w szpitalu

- Dowód uzyskanego dochodu, w tym odcinki wpłaty lub podpisane oświadczenie o zarobkach w wysokości brutto od pracodawcy na papierze firmowym.
- Jeśli jesteś samozatrudniony, wymagany jest rachunek zysków i strat podpisany przez księgowego.
- Dowód nieuzyskiwania przychodu, w tym między innymi emerytury, zasiłku na dziecko, alimentów, zasiłków dla weteranów wojennych, pismo przyznające ubezpieczenie społeczne, pismo przyznające zasiłek w ramach ubezpieczenia społecznego dla wszystkich członków rodziny, zasiłek dla bezrobotnych lub osób niepełnosprawnych oraz inne składki.
- Wypełniony formularz deklaracji podatkowej za rok poprzedni. Jeśli nie została złożona, prosimy o telefon na numer 1-800-829-1040, aby zweryfikować status osoby, która jej nie złożyła.

Dowód na posiadanie stałego adresu zamieszkania przed przyjęciem do szpitala

- Należy okazać adres - NIE skrzynkę pocztową
- Prosimy wybrać jedno z poniższych: prawo jazdy, kopię umowy najmu, rachunek za media, pismo rekomendujące, pismo z datą zawierające dane osobowe oraz adres przed przyjęciem do szpitala

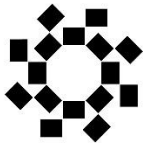
Zaświadczenie pacjenta z podpisem i datą.

- Zaświadczenie współmałżonka, jeśli dotyczy, z podpisem i datą.

Pismo rekomendujące powinno być podpisane przez osoby zamieszkujące z pacjentem (poza współmałżonkiem), które utrzymują pacjenta.

Prosimy przesłać swój wniosek i pozostałe dokumenty na adres:

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



Program Pomocy w zakresie opieki szpitalnej w stanie New Jersey

Wniosek o udział w programie

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

ROZDZIAŁ I- DANE OSOBOWE

| | | | |
|--|----------------------------|--|---|
| NAZWISKO, IMIĘ I DRUGIE IMIĘ PACJENTA | | UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE | DATA URODZENIA |
| DATA WNIOSKU | DATA PRZYJĘCIA DO SZPITALA | PREFEROWANY JĘZYK | CZY PACJENTKA JEST W CIĄŻY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA | | NUMER TELEFONU LUB TEL. KOMÓRKOWEGO () | |
| MIASTO, STAN, KOD POCZTOWY | | LICZEBNOŚĆ RODZINY | STAN CYWILNY |
| OBYWATELSTWO AMERYKAŃSKIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> MIESZKA LEGALNIE OD: _____ | | DOWÓD NA POSIADANIE ADRESU ZAMIESZKANIA W STANIE NEW JERSEY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE..... <input type="checkbox"/> ... SŁUŻBY RATOWNICZE | |
| IMIĘ I NAZWISKO PORĘCZycIELA (jeśli nie jest nim pacjent)..... | | POLISA UBEZPIECZENIOWA: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE NAZWA: NR POLISY: | |
| INNI CZŁONKOWIE RODZINY | ZWIĄZEK Z PACJENTEM | | |
| DATA URODZENIA | W CIĄŻY | POLISA UBEZPIECZENIOWA | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |

ROZDZIAŁ II- KRYTERIA ODNOŚNIE MAJĄTKU

POSIADANY MAJĄTEK OBEJMUJE:

- A. Konto oszczędnościowe _____
- B. Konto czekowe _____
- C. Zaświadczenia o wpłatach/ fundusz emerytalny _____
- D. Kapitał własny w nieruchomościach (innych niż podstawowe miejsce zamieszkania) _____
- E. Inne aktywa, konto emerytalne, akcje i obligacje _____
- F. RAZEM _____

*LICZEBNOŚĆ RODZINY OBEJMUJE PACJENTA, WSPÓŁMAŁŻONKA I MAŁOLETNI DZIECI. CIĘŻARNA KOBIETA JEST LICZONA JAKO DWOJE CZŁONKÓW RODZINY.

ROZDZIAŁ III- KRYTERIA DOTYCZĄCE DOCHODU

Przy ustalaniu uprawnień do uzyskania pomocy w zakresie opieki szpitalnej, dochód i ulgi podatkowe współmałżonka powinny zostać wykorzystane na dorosłych rodziców
 Dochód i ulgi podatkowe powinny zostać wykorzystane na małoletnie dziecko. Do wniosku należy dołączyć dowód na uzyskiwany dochód. Dochód opiera się na wyliczeniu z dwunastu miesięcy, trzech miesięcy, jednego miesiąca uzyskanego dochodu za okres przed datą przyjęcia do szpitala.

NAZWA PRACODAWCY:

DOCHÓD OGÓŁEM

USD

ŹRÓDŁA PRZYCHODU:

Tygodniowego Miesięcznego Roczno

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Wynagrodzenie lub płaca przed potrąceniem _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Opieka Społeczna _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Ubezpieczenia społeczne / renty inwalidzkie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Zasiłek dla bezrobotnych i odszkodowanie pracownicze _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Zasiłki dla weteranów wojennych _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Alimenty na dziecko _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Inny rodzaj wsparcia finansowego _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Płatności emerytalne _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Płatności z tytułu ubezpieczenia i renty _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Dywidendy lub odsetki _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Dochód z wynajmu _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Dochód firmy netto _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Inne (świadczenia z tytułu strajków, stypendia szkoleniowe, Wojskowy przydział rodzinny, nieruchomości lub fundusz powierniczy) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inne źródło dochodu: _____ | | | |

ROZDZIAŁ IV- ZAŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Rozumiem, że informacje, które przesyłam, podlegają weryfikacji przez odpowiedni zakład opieki zdrowotnej oraz rządu federalne lub stanowe. Zdaję sobie sprawę, że celowe podanie informacji wprowadzających w błąd spowoduje, że będę odpowiedzialny za pokrycie opłat szpitalnych, co podlega karze na mocy kodeksu cywilnego.

Na żądanie placówki opieki zdrowotnej wystąpię o rządową lub prywatną pomoc medyczną w celu zapłaty rachunku szpitalnego.

Zaświadczam, że powyższe informacje dotyczące liczebności mojej rodziny, dochodu i majątku są prawdziwe i poprawne.

Rozumiem, że moim obowiązkiem jest poinformować szpital o każdej zmianie mojego statusu w odniesieniu do moich dochodów lub majątku.

PODPIS PACJENTA LUB PORĘCZYCIELA

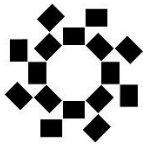
DATA

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU URZĘDOWEGO: Odpowiedzialność....Bez polisy ubezpieczeniowej _____ %

Po polisie ubezpieczeniowej _____ %

DATA ZATWIERDZENIA: _____ Ważne od: _____ Ważne do: _____

Podpis oceniającego: _____



ZAŚWIADCZENIE PACJENTA

PROSZĘ PODPISAC PONIŻEJ JEŚLI DOTYCZY PANA LUB PANI SYTUACJI:

1. Zaświadczam, że na dzień _____ nie uzyskałem(-am) żadnego dochodu.

DATA

(Pacjent/ Opiekun)

Powiązanie z pacjentem

DATA

2. Zaświadczam, że nie posiadam ŻADNEGO MAJĄTKU (kont bankowych, świadectw depozytowych itd.) sam(a) ani przez osobę trzecią.

(Pacjent/ Opiekun)

Powiązanie z pacjentem

DATA

3. Zaświadczam, że jestem OSOBA BEZDOMNA od dnia _____

(Pacjent/ Opiekun)

Powiązanie z pacjentem

DATA

4. Zaświadczam, że nie posiadam UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO sam(a) ani przez osobę trzecią, aby móc pokryć zaległe rachunki za pobyt w szpitalu.

(Pacjent/ Opiekun)

Powiązanie z pacjentem

DATA

ZAŚWIADCZENIE O ADRESIE ZAMIESZKANIA POWINNO BYĆ PODPISANE PRZEZ PACJENTA LUB JEGO OPIEKUNA

5. **ZAŚWIADCZAM, ŻE MIESZKAM LUB MIESZKAŁEM W STANIE NEW JERSEY OD NIEDAWNA W MOMENCIE KORZYSTANIA Z OPIEKI ZDROWOTNEJ I ŻE ZAMIERZAM NADAŁ MIESZKAĆ W STANIE NEW JERSEY.**

(Pacjent/ Opiekun)

Powiązanie z pacjentem

DATA

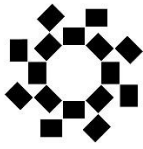
6. **ZAŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE PODANE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE, PEŁNE I POPRAWNE ZGODNIE Z MOJĄ WIEDZĄ.**

(Pacjent/ Opiekun)

Powiązanie z pacjentem

DATA

Osoba przeprowadzająca wywiad



ZAŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA

PROSZE PODPISAĆ PONIŻEJ JEŚLI DOTYCZY PANA LUB PANI SYTUACJI:

1. Zaświadczam, że na dzień _____ nie uzyskałem(-am) żadnego dochodu.

DATA

(Współmałżonek / Opiekun)

Związek z pacjentem

DATA

2. Zaświadczam, że nie posiadam ŻADNEGO MAJĄTKU (kont bankowych, świadectw depozytowych itd.) sam(a) ani przez osobę trzecią.

(Współmałżonek / Opiekun)

Związek z pacjentem

DATA

3. Zaświadczam, że jestem OSOBA BEZDOMNA od dnia _____

(Współmałżonek / Opiekun)

Związek z pacjentem

DATA

4. Zaświadczam, że nie posiadam UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO sam(a) ani przez osobę trzecią, aby móc pokryć zaległe rachunki za pobyt w szpitalu.

(Współmałżonek / Opiekun)

Związek z pacjentem

DATA

ZAŚWIADCZENIE O ADRESIE ZAMIESZKANIA POWINNO BYĆ PODPISANE PRZEZ PACJENTA LUB JEGO OPIEKUNA

5. ZAŚWIADCZAM, ŻE MIESZKAM LUB MIESZKAŁEM W STANIE NEW JERSEY OD NIEDAWNA W MOMENCIE KORZYSTANIA Z OPIEKI ZDROWOTNEJ I ŻE ZAMIERZAM NADAL MIESZKAĆ W STANIE NEW JERSEY.

(Współmałżonek / Opiekun)

Związek z pacjentem

DATA

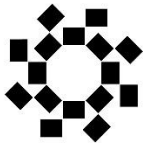
6. ZAŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE PODANE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE, PEŁNE I POPRAWNE ZGODNIE Z MOJĄ WIEDZĄ.

(Współmałżonek / Opiekun)

Związek z pacjentem

DATA

Osoba przeprowadzająca wywiad



PISMO REKOMENDUJĄCE

PACJENT:

DATA:

DATA URODZENIA:

DATA PRZYJĘCIA DO SZPITALA:

DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OSOBĘ, KTÓRA UDZIELA WSPARCIA PACJENTOWI. NIE OBEJMUJE WSPÓŁMAŁŻONKA MIESZKAJĄCEGO WRAZ Z PACJENTEM.

Zaświadczam, że poniższe informacje są poprawne i prawdziwe. W pełni rozumiem, że podanie fałszywych informacji lub niepodanie pełnych wymaganych informacji może zostać uznane za oszustwo i Meridian Health może podjąć wobec mnie odpowiednie kroki prawne. Ponadto rozumiem, że będę pociągnięty do odpowiedzialności w przypadku podania fałszywych, niepełnych lub wprowadzających w błąd informacji.

Proszę zaznaczyć stwierdzenie, które Pana/Pani dotyczy:

- Wyżej wymieniona osoba zamieszkuje ze mną od **(Data):** _____
- Wyżej wymieniona osoba zamieszkiwała w stanie New Jersey w momencie przyjęcia do szpitala, nie zamieszkuje w innym stanie lub kraju i zamierza pozostać w stanie New Jersey.
- Wyżej wymieniona osoba nie jest objęta żadnym rodzajem ubezpieczenia zdrowotnego, w tym Medicaid lub Medicare.
- Wyżej wymieniona osoba jest obecnie bezrobotna przynajmniej od miesiąca przed przyjęciem do szpitala.
- Wyżej wymieniona osoba nie otrzymuje zasiłku dla bezrobotnych ani innego rodzaju świadczeń, takich jak: zasiłku dla niepełnosprawnych, zasiłku z ubezpieczenia społecznego, opieki społecznej itd.
- Zaopatruję ww. osobę w żywność i daję jej schronienie.
- Zaopatruję ww. osobę w środki pieniężne w wysokości _____ USD na miesiąc.
- Ww. osoba nie mieszka ze mną, ale udzielam jej pomocy w formie:

Podpis

Związek z pacjentem

Adres: _____

Numer telefonu: _____