



Hackensack
Meridian Health

К документу прилагаются формы заявлений на получение благотворительной/финансовой помощи.

Вы можете запросить финансовую помощь в течение 1 года после выписки из больницы или получения амбулаторно-поликлинической помощи.

Благотворительная помощь доступна жителям Нью-Джерси, которые не застрахованы, застрахованы на низкую сумму или не имеют право на участие в федеральных программах или программах уровня штата.

Чтобы получить помощь, вы должны соответствовать критериям по уровню дохода и размерам активов.

Благотворительная помощь распространяется на стационарное лечение. Программа не распространяется на врачей и других поставщиков, которые выставляют счета за свои услуги независимо.

- Заполните и подпишите заявление.
- Приложите к заявлению копии всех требуемых документов.
- Все документы должны быть актуальны на дату оказания услуги.
- Первоначальная дата или дата первого оказания услуги _____
- Если вам 21 год или меньше, и вы являетесь студентом очной формы обучения, то заявление заполняется вашим родителем или опекуном, которые также предоставляют необходимые сопутствующие документы. Предоставьте также документы, подтверждающие ваше обучение.

Свои вопросы о заявлении или сопутствующей документации вы можете задать финансовому советнику, позвонив ему по телефону 732-902-7080. Советники работают с понедельника по пятницу, с 8:00 до 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

Чтобы помочь нам в обработке вашего заявления на получение благотворительной помощи, приложите копии документов из нижеприведенного списка, которые подходят к вашей ситуации. Если необходимая документация из нижеприведенного списка отсутствует или в заявлении заполнены не все поля, мы не сможем обработать ваше обращение. Все требуемые документы должны быть актуальны на дату оказания услуги. Дата оказания услуги – это первый день вашего фактического пребывания в больнице.

Карты медицинского страхования, копия с обеих сторон

Документ, удостоверяющий личность пациента, супруга/супруги, ребенка до 18 лет и студента очной формы обучения до 21 года.

- Выберите документ для каждого члена вашей семьи: водительское удостоверение, свидетельство о рождении, карточка социального обеспечения, паспорт

Отчет об активах, включая баланс на дату оказания услуги

- Выписки с чекового и сберегательного счетов, а также со счета дебетовой карты
- Выписка на бумажном носителе должна иметь печать и подпись представителя финансового учреждения.
- Вклады, превышающие размер задекларированного дохода, могут потребовать дополнительного объяснения.
- Действующая документация на все депозитные сертификаты, индивидуальные пенсионные счета (IRA), накопительные пенсионные счета (401K), акции и облигации.

Справка о доходах за один месяц до даты оказания услуг

- Справка о трудовых доходах, включая квитанции о начислении заработной платы или подписанная справка об общем заработке от вашего работодателя на бланке организации.
- Если вы предприниматель, то необходимо предоставить отчет о прибылях и убытках, подписанный бухгалтером.
- Справка о доходе, полученном не от собственной деятельности, включая в том числе трудовую пенсию, пособие на ребенка, алименты, льготы ветеранам, письмо о назначении социального обеспечения, письмо о назначении пособия SSI на всех членов семьи, справки о получении пособия по безработице или нетрудоспособности или других финансовых вложениях.
- Копия всех страниц налоговой декларации за предыдущий год. Если вы не подавали налоговую декларацию, позвоните по номеру 1-800-829-1040, чтобы запросить подтверждение статуса недекларанта.

Документ, подтверждающий адрес проживания или регистрации, до даты оказания услуги

- Должен быть указан адрес, а НЕ абонентский ящик
- Выберите один из следующих документов: водительское удостоверение, копия договора аренды, квитанция на оплату коммунальных услуг, письмо-разрешение, почтовое письмо с датой, где указано ваше имя и адрес. Документы должны быть выданы до даты оказания услуги

Заверение пациента (все предоставляемые документы должны быть датированы и подписаны).

- Заверение супруга/супруги, если пациент состоит в браке (все предоставляемые документы должны быть датированы и подписаны).

Приложите письмо-разрешение, подписанное лицом, с которым вы проживаете (но не супругом/супругой).

Заявление с сопутствующими документами необходимо отправить почтой по адресу:

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



**Программа помощи в финансировании стационарного лечения в Нью-Джерси
Заявление на участие**

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

РАЗДЕЛ I – ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ИМЯ ПАЦИЕНТА (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ СРЕДНЕГО ИМЕНИ)		СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
ДАТА ЗАЯВЛЕНИЯ	ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ	ПРЕДПОЧИТАЕМЫЙ ЯЗЫК ОБЩЕНИЯ		БЕРЕМЕННАЯ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
АДРЕС ПАЦИЕНТА				НОМЕР ТЕЛЕФОНА / МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА ()	
ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС				РАЗМЕР СЕМЬИ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
ГРАЖДАНСТВО США <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ПРОЖИВАЕТ НА ЗАКОННЫХ ОСНОВАНИЯХ С: _____			ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ФАКТА ПРОЖИВАНИЯ В НЬЮ-ДЖЕРСИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ		
ИМЯ ПОРУЧИТЕЛЯ (если заявление подает не пациент)		СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ НАЗВАНИЕ: _____ ПОЛИС №: _____			
ДРУГИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	БЕРЕМЕННАЯ	СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

РАЗДЕЛ II- КРИТЕРИИ УЧЕТА АКТИВОВ

АКТИВЫ ВКЛЮЧАЮТ:

- A. Сберегательные счета _____
- B. Чековые счета _____
- C. Депозитные свидетельства / IRA _____
- D. Доля во владении недвижимостью (не основное место проживания) _____
- E. Прочие активы, счета 401К, акции и облигации _____
- F. ИТОГО _____

* В СОСТАВ СЕМЬИ ВКЛЮЧИТЕ СЕБЯ, СУПРУГА(-У) И ВСЕХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ. БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА СЧИТАЕТСЯ ЗА ДВУХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ.

РАЗДЕЛ III- КРИТЕРИИ УЧЕТА ДОХОДА

При определении соответствия критериям на получение помощи в финансировании стационарного лечения учитывается доход и кредитная нагрузка супруга/супруги на каждого взрослого родителя
 Доход и кредитная нагрузка рассчитывается на несовершеннолетнего ребенка. Справка о доходах должна прилагаться к настоящему Заявлению. Доход рассчитывается за двенадцать месяцев, три месяца, один месяц или одну неделю до даты оказания услуги.

НАЗВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ: _____

СОВОКУПНЫЙ ДОХОД

долл. США

ИСТОЧНИКИ ДОХОДА:

В неделю

В месяц

В год

A. Оклад/заработная плата до вычетов _____

B. Государственная помощь _____

C. пособия по соц. страх./нетрудоспособности _____

D. пособие по безработице и нетрудоспособности _____

E. Льготы ветеранам _____

F. Алименты/пособия на ребёнка _____

G. Другие виды денежной поддержки _____

H. Пенсионные выплаты _____

I. Страховые или аннуитетные выплаты _____

J. Дивиденды/проценты _____

K. Доход от аренды _____

L. Чистая нераспределенная прибыль от предпринимательской деятельности _____

M. Прочее (пособие профсоюзным забастовщикам, стипендия, пособие семье военнослужащего, наследство или трастовый фонд) _____

Другой источник дохода: _____

РАЗДЕЛ IV – УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Я понимаю, что предоставляемая мной информация будет проверяться соответствующим медицинским учреждением, а также федеральными органами власти и органами власти штата. В случае умышленного искажения фактов я буду нести ответственность за оплату больничных расходов в рамках гражданско-правовой ответственности.

По запросу медицинского учреждения я подам заявление на получение государственной или частной помощи для оплаты счета на медицинские услуги.

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация о моем семейном положении, доходах и активах является верной и точной.

Я понимаю, что я обязан уведомить клинику о любых изменениях своего положения в связи с моими доходами или активами.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОРУЧИТЕЛЯ

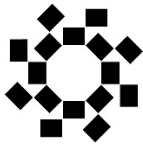
ДАТА

ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК: Ответственность Страховое обеспечение отсутствует _____ %

После страхового обеспечения _____ %

ДАТА УТВЕРЖДЕНИЯ: _____ Дата вступления в силу: _____ Дата прекращения действия: _____

Подпись специалиста по оценке: _____



ЗАВЕРЕНИЕ ПАЦИЕНТА

ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ ПОД КАЖДЫМ УТВЕРЖДЕНИЕМ, КОТОРОЕ ВАМ ПОДХОДИТ:

1. Я удостоверяю, что на _____ я НЕ получал доход.

ДАТА

(пациент/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

2. Я удостоверяю, что НЕ ИМЕЮ АКТИВОВ (банковские счета, депозитные сертификаты и т. д.), оформленных на меня или другое лицо.

(пациент/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

3. Я удостоверяю, что являюсь БЕЗДОМНЫМ и в качестве БЕЗДОМНОГО пребываю с

(пациент/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

4. Я удостоверяю, что НЕ ИМЕЮ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, оформленного на меня или другое лицо, которое может покрыть остаток суммы по счету.

(пациент/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

СПРАВКА О МЕСТЕ ЖИТЕЛЬСТВА ДОЛЖНА БЫТЬ ПОДПИСАНА ПАЦИЕНТОМ/ОТВЕТСТВЕННЫМ ЛИЦОМ

5. Я УДОСТОВЕРЯЮ, ЧТО ЯВЛЯЮСЬ/ЯВЛЯЛСЯ ЖИТЕЛЕМ НЬЮ-ДЖЕРСИ НА ПЕРИОД ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ И ЧТО Я НАМЕРЕВАЮСЬ ОСТАВАТЬСЯ ЖИТЕЛЕМ НЬЮ-ДЖЕРСИ.

(пациент/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

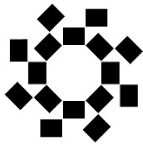
6. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, СОДЕРЖАЩАЯСЯ В НАСТОЯЩЕМ ЗАВЕРЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ ИСТИННОЙ, ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ НА ОСНОВАНИИ ИЗВЕСТНОЙ МНЕ ИНФОРМАЦИИ.

(пациент/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

Лицо, проводящее опрос



ЗАВЕРЕНИЕ СУПРУГА/СУПРУГИ

ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ ПОД КАЖДЫМ УТВЕРЖДЕНИЕМ, КОТОРОЕ ВАМ ПОДХОДИТ:

1. Я удостоверяю, что на _____ я НЕ получал доход.
ДАТА

(супруг(-а)/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

2. Я удостоверяю, что НЕ ИМЕЮ АКТИВОВ (банковские счета, депозитные сертификаты и т. д.), оформленных на меня или другое лицо.

(супруг(-а)/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

3. Я удостоверяю, что являюсь БЕЗДОМНЫМ и в качестве БЕЗДОМНОГО пребываю с

(супруг(-а)/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

4. Я удостоверяю, что НЕ ИМЕЮ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, оформленного на меня или другое лицо, которое может покрыть остаток суммы по счету.

(супруг(-а)/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

СПРАВКА О МЕСТЕ ЖИТЕЛЬСТВА ДОЛЖНА БЫТЬ ПОДПИСАНА ПАЦИЕНТОМ/ОТВЕТСТВЕННЫМ ЛИЦОМ

5. Я УДОСТОВЕРЯЮ, ЧТО ЯВЛЯЮСЬ/ЯВЛЯЛСЯ ЖИТЕЛЕМ НЬЮ-ДЖЕРСИ НА ПЕРИОД ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ И ЧТО Я НАМЕРЕВАЮСЬ ОСТАВАТЬСЯ ЖИТЕЛЕМ НЬЮ-ДЖЕРСИ.

(супруг(-а)/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

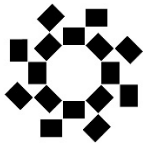
6. Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, СОДЕРЖАЩАЯСЯ В НАСТОЯЩЕМ ЗАВЕРЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ ИСТИННОЙ, ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ НА ОСНОВАНИИ ИЗВЕСТНОЙ МНЕ ИНФОРМАЦИИ.

(супруг(-а)/ответственное лицо)

Кем приходится

ДАТА

Лицо, проводящее опрос



ПИСЬМО-РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОДДЕРЖКУ / ПОМОЩЬ

ПАЦИЕНТ:

ДАТА:

ДАТА РОЖДЕНИЯ:

ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ:

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПОДДЕРЖКУ ПАЦИЕНТУ. НЕ ВКЛЮЧАЕТ ПРОЖИВАЮЩЕГО(-УЮ) С ВАМИ СУПРУГА/СУПРУГУ.

Я удостоверяю, что вся нижеприведенная информация является верной и истинной. Я полностью понимаю, что предоставление недостоверной или неполной информации в соответствии с запросом может служить основанием для обвинения в мошенничестве, и Meridian Health может обратиться с соответствующим иском в суд. Кроме того, я понимаю, что несу личную ответственность в случаях, если информация не является достоверной, полной или иным образом вводит в заблуждение.

Отметьте применимые к вам утверждения:

- Вышеуказанный человек живет со мной с (дата): _____
- Вышеуказанный человек являлся жителем Нью-Джерси на период оказания услуги, не имеет место жительства в каком-либо другом штате или государстве и намеревается остаться в этом штате.
- Вышеуказанный человек не является приобретателем медицинского страхования, в том числе по программам Medicaid и Medicare.
- Вышеуказанный человек на данный момент является безработным и был безработным не менее одного месяца до вышеуказанной даты оказания услуги.
- Вышеуказанный человек не получает пособие по безработице или иных льгот, таких как пособие по нетрудоспособности, пособие SSI, социальное обеспечение и т. д.
- Я предоставляю вышеуказанному человеку питание и жилье.
- Я предоставляю вышеуказанному человеку наличные денежные средства в размере _____ долл. США в месяц.
- Вышеуказанный человек не живет со мной, но я оказываю ему поддержку в форме: _____.

Подпись

Кем вы приходитеесь вышеуказанному лицу

Адрес:

Номер телефона: