



برنامج الرعاية الصحية لمستشفى نيو جيرسي  
(New Jersey Hospital Care Assistance Program)  
تقديم طلب الاشتراك

يجب إرفاق إثبات تعريف الهوية، الدخل والممتلكات بهذا الطلب. أرسل نسخ من جميع الوثائق المطلوبة إلى HackensackUMC، 100 شارع فيرست سويت، هاكنساك، NJ 07601 عناية: قسم المساعدة المالية. لا ترسل المستندات الأصلية لأنها لن تعاد.

القسم 1 - البيانات الشخصية			
1. اسم المريض		2. رقم الضمان الاجتماعي	
(المعقنة)	(الأول)	(الاسم قبل الزواج)	
3. تاريخ تقديم الطلب		4. التاريخ الأول للخدمة	
علم	يوم	شهر	علم
5. اليوم المطلوب للخدمة		6. عنوان شارع العمل	
علم	يوم	شهر	علم
7. رقم الهاتف		8. المدينة، الولاية، الرمز البريدي	
9. حجم الأسرة *		10. من يحملون جنسية الولايات الأمريكية	
11. إثبات إقامة في ولاية نيو جيرسي لمدة 3 أشهر		12. اسم الضامن ( إذا كان شخص آخر غير المريض)	
كلا	نعم	الطلب لم يتم البت فيه	كلا
كلا	نعم	كلا	نعم
13. هل المريض مغطى تأمينياً		14. اسم الشركة	
نعم أو كلا		(المعقنة)	
15. العنوان		(الأول)	
16. (الاسم قبل الزواج)			

المؤهلين من أفراد الأسرة، بما في ذلك المتقدم بالطلب

المرتب الشهري	الوظيفة	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	الإسم

القسم II - معايير الأصول

14. الأصول الشخصية	
15. أصول العائلة	
16. تشمل الأصول	
أ. النقدية	
ب. حسابات التوفير	
ج. الحساب الجاري	
د. شهادات ودائع	
هـ. حصص في عقارات (غير للمسكن الرئيسي)	
و. أصول أخرى (إذون خزانه ورقة قابلة للتداول والأسهم وسندات الشركات)	
ز. الإجمالي	

\*حجم الأسرة وتشمل النفس، والزوج والأطفال القصر. تحسب للمرأة الحامل باثنتين من أفراد الأسرة.

### القسم III - معايير الدخل

عند تحديد الأهلية للحصول على مساعدة الرعاية الصحية في المستشفيات، يجب استخدام دخل الزوج والأصول للبالغين. يجب استخدام دخل الأبوين والأصول للطفل القاصر. يجب أن ترفق دليل على الدخل مع هذا الطلب.

يستند الدخل على حساب إما اثني عشر شهراً، ثلاثة أشهر أو شهر واحد للدخل قبل التاريخ من الخدمة.

المريض / إجمالي دخل الأسرة يساوي أقل من ما يلي:

آخر 12 شهر	أو	آخر 3 أشهر 4×	أو	آخر شهر 12×1

#### 17. مصادر الدخل

	أسبوعي	شهري	سنوي
أ. المرتب/الأجرة قبل الخصومات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ب. المساعدة العامة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ت. مزايا الضمان الإجتماعي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ث. البطالة و التعويض عن حوادث العمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ج. مزايا المحاربين القدامى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ح. دعم نفقة الزوجة المطلقة/ الطفل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خ. دعم آخر مالي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د. مدفوعات معاش	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ذ. التأمين أو مدفوعات القسط السنوي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ر. أرباح / فائدة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ز. دخل من الإيجار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
س. صافي الدخل من العمل ( نشاط شخصي/ تحقق منه من مصدر مستقل)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ش- غير ذلك ( مزايا الإضراب، رواتب التدريب، تخصيص لأسر العسكريين، والدخل من العقارات وشركات إدارة الأموال)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ص- الإجمالي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### القسم 4- شهادة من المتقدم

وأنا أفهم أن المعلومات التي أقدمها للتحقق منها بواسطة مرافق الرعاية الصحية المناسبة والاتحادية أو حكومات الولايات. أي تحريف متعمد من هذه الحقائق يجعلني مسؤولاً عن جميع رسوم المستشفى وأخضع لعقوبات مدنية.

إذا طلب ذلك من قبل مرافق الرعاية الصحية، سوف أقدم بطلب المساعدة الطبية الحكومية أو الخاصة لتسديد فاتورة المستشفى.

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه فيما يتعلق بحجم السرتي والدخل والأصول حقيقية وصحيحة. وأنا أفهم أنه من واجبي أن أخطر المستشفى بأي تغيير في وضعي في ما يخص دخلي.

برنامج الرعاية الصحية لمستشفى نيو جيرسي (New Jersey Hospital Care Assistance Program)

تقدير طلب الاشتراك

القسم 1- بيانات مقدم الطلب	
1- اسم المريض	2- حجم الأسرة
3- تاريخ الخدمة	4- تاريخ التغيير
4- حساب الدخل	7- إجمالي الدخل
13 اسبوع x 4	12 شهرا
1 شهر x 12	3 اشهر

القسم 2- تقرير ميديكيد

8- هل تمت الإحالة للمساعدة العامة

نعم  كلا  الشرح: \_\_\_\_\_

القسم 3- التقرير ميديكيد

لقد تم الموافقة على طلبك المقدم لمساعدة الرعاية بمستشفى نيو جيرسي. مسؤوليتك المالية هي % من فاتورة المستشفى للخدمات التي تبدأ في \_\_\_\_\_ .  
 قد تقدم المستشفى المساعدة بنسبة % من مصروفات المستشفى لأي خدمات طبية بالمستشفى في المستقبل لمدة تصل إلى \_\_\_\_\_ شهر من التاريخ المبدئي للخدمة.

لقد تم رفض طلبك المقدم لمساعدة الرعاية بمستشفى نيو جيرسي لأنك لا تفي متطلبات الأهلية. أسباب محددة لعدم الأهلية هي كما يلي:

- لم يتم تقديم مستندات الدخل \*
- لم يتم تقديم مستندات الأصول \*\*
- الدخل يتعدى معايير التأهل.
- الأصول تتعدى معايير التأهل
- تم تحويل المريض لميديكيد
- عدم القدرة على تقديم رفض ميديكيد
- غير ذلك \_\_\_\_\_

\* المتقدمين الغير مؤهلين على حقيقة أنه لم يتم تقديم معلومات محددة ينبغي توجيه هذه المعلومات إلى المستشفى.

المركز الطبي لمستشفى هاكنساك  
 برنامج المساعدة المالية  
 100 شارع أفيرست جناح 300  
 هاكنساك، نيو جيرسي 07601  
 قسم المساعدة المالية  
 الهاتف: 4343-996(551)  
 الفاكس: 4343-996(551)

\*\*المتقدمين الذين يمتلكون أصولا تتجاوز الأهلية لديهم خيار ل"إنفاق" الأصول الزائدة في فاتورة المستشفى.

إذا كنت تدفع \_\_\_\_\_ لفاتورة المستشفى، يمكن اعتبار الرصيد المتبقي مؤهلا ل \_\_\_\_\_ % في إطار برنامج مساعدة الرعاية الصحية في المستشفيات نيو جيرسي.

التاريخ:	اسم الشخص الذي تولى التغيير
التاريخ:	التوقيع

المتقدمين الذين لديهم أسئلة حول البرنامج يمكنهم الاتصال  
 بالقسم الصحي بولاية نيو جيرسي  
 الرعاية الصحية لبرنامج الغير المؤمن عليهم  
 360CN ، ترينتون، نيو جيرسي 08625-0360  
 رقم الهاتف 1-866-588-5696