



برنامه کمک هزینه درمان بیمارستان نیوجرسی (New Jersey Hospital Care Assistance Program)

درخواست مشارکت

مدارک شناسایی، و تاییدیه های درآمد و دارایی ها باید همراه با این درخواست ارائه شوند. کپی تمامی مدارک مورد نیاز را به این نشانی ارسال نمایید: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department. اصل مدارک خود را نفرستید، زیرا این مدارک به شما برگشت داده نخواهد شد.

| بخش 1 - اطلاعات شخصی | | | |
|--|---|--|--|
| 1. نام بیمار | | 2. شماره تامین اجتماعی | |
| 3. تاریخ درخواست | | 4. اولین تاریخ ارائه خدمات (نام) | 5. تاریخ درخواستی خدمات (حرف اول نام وسط) |
| ماه | روز | سال | سال |
| 6. نشانی خولیان بیمار | | 7. شماره تلفن | |
| 8. شهر، ایالت، کد پستی | | 9. تعداد اعضای خانواده* | |
| 10. شهروندی ایالت متحده | | 11. مدرک اثبات سه ماه اقامت در ایالت نیوجرسی | |
| <input type="checkbox"/> دارم | <input type="checkbox"/> درخواست نداده ام | <input type="checkbox"/> در دست بررسی است | <input type="checkbox"/> دارم <input type="checkbox"/> ندارم |
| 12. نام ضامن (اگر شخصی غیر از بیمار است) | | 13. آیا بیمار تحت پوشش بیمه است؟ بله یا خیر | |
| (نام خوادگی) | | نام شرکت | |
| (نام) | | نشانی | |

اعضای واجد شرایط خانواده، شامل درخواست دهنده

| نام | تاریخ تولد | شماره تامین اجتماعی | شغل | حقوق ماهیانه |
|-----|------------|---------------------|-----|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

بخش 2 - معیارهای دارایی ها

| | |
|--|--|
| 14. دارایی های شخصی | |
| 15. دارایی های خانوادگی | |
| 16. دارایی ها شامل موارد زیر می گردد | |
| A. پول نقد | |
| B. حسابهای پس انداز | |
| C. حسابهای جاری | |
| D. گواهینامه سپرده/حساب شخصی بازنشستگی | |
| E. سرمایه در املاک و مستغلات (به غیر از محل اصلی سکونت) | |
| F. سایر دارایی ها (اسناد بهادار، اوراق قابل انتقال، سهام شرکتی و اوراق قرضه) | |
| G. جمع کل | |

* تعداد اعضای خانواده شامل خود، همسر و کودکان صغیر می گردد. بانوان باردار دو نفر به حساب می آیند.

بخش 3 - معیارهای درآمد

هنگام بررسی واجد شرایط بودن برای کمک هزینه درمان بیمارستان، درآمد و دارایی های همسر باید برای یک بزرگسال مورد استفاده قرار بگیرد؛ درآمد و دارایی های والدین نیز باید برای یک کودک صغیر مورد استفاده قرار بگیرد. مدارک اثبات درآمد نیز باید همراه با این درخواست ارسال شود.

درآمد بر اساس میزان آن در دوازده ماه، سه ماه یا یک ماه پیش از تاریخ ارائه خدمات محاسبه می گردد.

درآمد ناخالص بیمار/خانواده برابر خواهد بود با کمترین مقدار ذکر شده در زیر:

| | | |
|-----------------------|----------------------|-------------------|
| 1 ماه آخر X 12 | 3 ماه آخر X 4 | 12 ماه آخر |
| یا | یا | |

17. منابع درآمد

| هفتگی | ماهانه | سالانه | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A. مقدار حقوق/دستمزد پیش از کسورات |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B. کمکهای دولتی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C. مزایای تامین اجتماعی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D. حقوق بیکاری و غرامت کارگری |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E. مزایای کهنه سربازان |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | F. نفقه/حمایت از کودک |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | G. سایر حمایتهای پولی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | H. پرداختهای بازنشستگی |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I. بیمه یا مقرری سالیانه |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | J. پاداش/سود |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | K. درآمد حاصل از اجاره |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | L. درآمد خالص تجاری (خویش فرما/تایید شده توسط منبعی مستقل) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. سایر موارد (مزایای اعتصاب، دستمزد آموزش، مستمری خانواده های ارتشی، درآمد حاصل از املاک(کل ماترک) و شرکتهای انتلافی) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | N. جمع کل |

بخش 4 - گواهی درخواست دهنده

من درک می کنم که اطلاعات ارائه شده من توسط مراجع درمانی و دولت فدرال یا ایالتی مورد بررسی و تایید قرار خواهد گرفت. تعابیر نادرست تعددی حقایق سبب خواهد شد که مجبور به پرداخت تمامی هزینه های بیمارستان و مشمول جریمه مدنی شوم.

در صورتی که مرکز خدمات درمانی از من بخواهد، جهت دریافت کمک هزینه پزشکی دولتی یا خصوصی برای پرداخت صورتحساب بیمارستان اقدام خواهم نمود.

بدین وسیله گواهی می دهم که اطلاعات فوق درباره تعداد اعضای خانواده، درآمد و دارایی ها درست و واقعی است. من درک می کنم که وظیفه دارم هرگونه تغییری در وضعیت درآمد خود را به بیمارستان اطلاع دهم.

برنامه کمک هزینه درمان بیمارستان نیوجرسی (New Jersey Hospital Care Assistance Program)
تعیین وضعیت درخواست مشارکت

| بخش 1 - اطلاعات درخواست دهنده | | |
|-------------------------------|------------------------|-----------------|
| 1. نام بیمار | 2. تعداد اعضای خانواده | |
| 3. تاریخ ارائه خدمات | 4. تاریخ تعیین وضعیت | 5. تاریخ انقضای |
| 6. محاسبه درآمد | 12 ماه | 13 هفته x 4 |
| 3 ماه | 1 ماه x 12 | 7. مجموع درآمد |

بخش 2 - تعیین وضعیت Medicaid

8. آیا جهت دریافت کمک هزینه دولتی ارجاع داده شد؟

بله خیر توضیحات: _____

بخش 3 - تعیین وضعیت

درخواست شما برای دریافت کمک هزینه درمانی بیمارستان نیوجرسی مورد تایید قرار گرفته است. مسئولیت مالی شما % _____ صورت حساب بیمارستان برای خدمات ارائه شده از تاریخ _____ است. بیمارستان کمک هزینه ای معادل % _____ هزینه های بیمارستان را برای هرگونه خدمات بیمارستانی آتی در یک دوره _____ ماهه از تاریخ آغاز ارائه خدمات تقبل خواهد نمود.

درخواست شما برای دریافت کمک هزینه درمانی بیمارستان نیوجرسی رد شده است، زیرا شما واجد شرایط نبوده اید. دلیل عدم احراز شرایط به شرح زیر است:

- مدارک مرتبط با درآمد ارائه نشده است. *
- مدارک مرتبط با دارایی ها ارائه نشده است. * *
- درآمد از حد معین برای واجد شرایط بودن بیشتر است.
- دارایی ها از حد معین برای واجد شرایط بودن بیشتر است.
- بیمار به Medicaid ارجاع داده شده است.
- عدم ارائه رد صلاحیت برای Medicaid.
- سایر موارد _____

* درخواست کنندگانی که به دلیل عدم ارائه اطلاعات خاصی واجد شرایط نشده اند لازم است این اطلاعات را برای بیمارستان ارسال نمایند:

HACKENSACK UNIVERSITY MEDICAL CENTER
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM
100 First Street Suite 300
Hackensack, New Jersey 07601
Financial Assistance Department
Tel: (551)996-4343
Fax: (551)996-4333

** درخواست کنندگانی که به دلیل فزونی دارایی ها از حد معین واجد شرایط نشده اند می توانند مقدار فزونی دارایی خود را "صرف" هزینه های صورت حساب بیمارستان نمایند. اگر شما مبلغ _____ را به عنوان هزینه صورت حساب بیمارستان خود بپردازید، باقی مانده مبلغ صورت حساب، واجد شرایط % _____ کمک هزینه درمان بیمارستان نیوجرسی می گردد.

| | |
|-------------------|-------|
| نام مسئول ارزیابی | عنوان |
| امضاء | تاریخ |

درخواست کنندگانی که درباره برنامه سوالاتی دارند، می توانند با ما تماس بگیرند:

New Jersey State Department of Health
HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM
CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360
Telephone Number 1-866-588-5696