



Programme d'assistance pour soins hospitaliers du New Jersey

DEMANDE DE PARTICIPATION

DES PREUVES D'IDENTIFICATION, DU REVENU ET DES ACTIFS DOIVENT ACCOMPAGNER CETTE DEMANDE.
ENVOYER DES COPIES DE TOUS LES DOCUMENTS REQUIS À : HackensackUMC, 100 First Street Suite 300,
Hackensack, NJ 07601 Att. : Financial Assistance Department. NE PAS ENVOYER DE DOCUMENTS ORIGINAUX, CAR
ILS NE SERONT PAS RESTITUÉS.

SECTION I - Renseignements personnels

1. NOM DU PATIENT (Nom) (Prénom) (Initiale du 2 ^e)			2. NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE		
3. DATE DE LA DEMANDE Mois Jour Année		4. DATE INITIALE DU SERVICE Mois Jour Année		5. DATE DE SERVICE REQUISE Mois Jour Année	
6. ADRESSE DU PATIENT			7. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		
8. VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL			9. TAILLE DE LA FAMILLE*		
10. CITOYENNETÉ AMÉRICAINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours			11. PREUVE DE 3 MOIS DE RÉSIDENCE DANS L'ÉTAT DU NJ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
12. NOM DU GARANT (si autre que le patient) (Nom) (Prénom) (Initiale du 2 ^e)			13. LE PATIENT A-T-IL UNE ASSURANCE MALADIE ? Oui ou Non NOM DE LA COMPAGNIE ADRESSE		

Membres de la famille admissibles, y compris le demandeur

Nom	Date de naiss	Numéro de S	Profession	Salaire mensuel

SECTION II - Critères d'actifs

14. Actifs individuels	
15. Actifs de la famille	
16. Les actifs comprennent	
A. Liquidités	
B. Comptes d'épargne	
C. Comptes à vue	
D. Certificat de dépôts/IRA	
E. Avoirs immobiliers (autres que la résidence principale)	
F. Autres actifs (bons du Trésor, titres négociables, actions et obligations d'entreprises)	
G. Total	

SECTION III - Critères de revenu

Lors de l'évaluation d'admissibilité à l'assistance aux soins hospitaliers, les revenus et les actifs d'un conjoint doivent être utilisés pour un adulte ; les revenus et les actifs des parents doivent être utilisés pour un enfant mineur. Des preuves de revenu doivent accompagner cette demande.

Le calcul du revenu est basé sur les douze mois, trois mois ou un mois de revenus avant la date du service.

Le revenu brut du patient ou de la famille est égal au montant suivant le plus bas :

DERNIERS 12 MOIS	OU	DERNIERS 3 MOIS X 4	OU	DERNIER MOIS X 12

17. SOURCE DE REVENU

	HEBDOMADAIRE	MENSUEL	ANNUEL
A. Salaire ou rémunérations avant déductions _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Assistance publique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Prestations de sécurité sociale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Chômage et accidents de travail _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Prestations aux anciens combattants _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pension alimentaire/allocations enfant _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Autres soutiens monétaires _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Paiements de retraite _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Bénéfices d'assurance ou rente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendes ou intérêts _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Revenus de location	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Revenu net d'entreprises (indépendants/vérifié par une source indépendante) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Autres (prestations de grève, allocations de formation, allocations familiales militaires, revenus de successions et fiducies) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Total _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION IV - Certification par le demandeur

Je comprends que les renseignements que je soumetts seront vérifiés par l'établissement de soins de santé et les instances fédérales ou d'État concernées. Une fausse déclaration intentionnelle de ces faits me rendra responsable de tous les frais d'hospitalisation et m'exposera à des sanctions civiles.

Si l'établissement de santé le requiert, je demanderai à une assistance médicale publique ou privée de payer la facture de l'hôpital.

Je certifie que les informations ci-dessus concernant la taille de ma famille, mes revenus et mes actifs sont vraies et exactes. Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'aviser l'hôpital de tout changement de statut en ce qui concerne mes revenus.

18. SIGNATURE DU PATIENT OU GARANT	19. DATE
------------------------------------	----------

Programme d'assistance aux soins hospitaliers du New Jersey

ÉVALUATION DE LA DEMANDE DE PARTICIPATION

SECTION I - Renseignements personnels

1. NOM DU PATIENT		2. TAILLE DE LA FAMILLE	
3. DATE DU SERVICE	4. DATE DE L'ÉVALUATION	5. DATE D'EXPIRATION	
6. CALCUL DU REVENU	7. REVENU TOTAL		
<input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> 3 mois	<input type="checkbox"/> semaines x 4 <input type="checkbox"/> 1 mois x 12		

SECTION II - Décision Medicaid

8. UNE ASSISTANCE PUBLIQUE A-T-ELLE ÉTÉ RECOMMANDÉE ?

Oui Non Expliquez : _____

SECTION III - Décision

Votre demande d'assistance pour soins hospitaliers du New Jersey a été approuvée. Votre responsabilité financière est _____% de la facture de l'hôpital pour les services rendus à partir du _____. L'hôpital peut fournir une assistance de _____% des frais d'hospitalisation pour tout service hospitalier futur pendant une période de _____ mois à compter de la date initiale de service.

Votre demande d'assistance pour soins hospitaliers du New Jersey a été refusée parce que vous ne répondez pas aux critères d'admissibilité. Les raisons précises d'inéligibilité sont les suivantes :

- Absence de documentation sur les revenus*
- Absence de documentation sur les actifs**
- Le revenu dépasse les critères d'admissibilité.
- Les actifs dépassent les critères d'admissibilité.
- Le patient est transféré à Medicaid.
- Absence du refus de Medicaid
- Autre _____

*Les demandeurs estimés inadmissibles pour manque d'informations spécifiques devraient envoyer ces informations à l'hôpital :

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

**Les demandeurs ayant des actifs qui dépassent l'admissibilité peuvent « allouer » les actifs excédentaires à la facture de l'hôpital. Si vous allouez _____ à votre facture d'hôpital, le solde peut être considéré comme éligible pour _____% sous le programme d'assistance pour soins hospitaliers du New Jersey.

NOM DE L'ÉVALUATEUR	TITRE
SIGNATURE	DATE

Les demandeurs ayant des questions sur le programme peuvent contacter le

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

RÉV. 21/12/2015