



New Jersey Hospital Care Assistance-Programm
ANTRAG FÜR DIE TEILNAHME

NACHWEISE FÜR IDENTIFIZIERUNG, EINKOMMEN UND VERMÖGEN MÜSSEN DIESEM ANTRAG BEIGELEG
WERDEN. SENDEN SIE KOPIEN ALLER ERFORDERLICHEN UNTERLAGEN AN: HackensackUMC, 100 First Street, Suite
300, Hackensack, NJ 07601, Attn: Financial Assistance Department. SCHICKEN SIE KEINE ORIGINALS, DA DIESE
DOKUMENTE NICHT AN SIE ZURÜCKGESENDET WERDEN.

ABSCHNITT I – Persönliche Informationen		
1. NAME DES PATIENTEN (Nachname) (Vorname) (Initiale des zweiten Vornamens)		2. SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER (Social Security #)
3. ANTRAGSDATUM Monat Tag Jahr	4. ANFANGSDATUM DER DIENSTLEISTUNG Monat Tag Jahr	5. GEWÜNSCHTES DATUM DER DIENSTLEISTUNG Monat Tag Jahr
6. WOHNANSCHRIFT DES PATIENTEN		7. TELEFONNUMMER
8. STADT, BUNDESLAND, POSTLEITZAHL		9. FAMILIENGRÖSSE*
10. US-STAATSANGEHÖRIGKEIT <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Anhängiger Antrag		11. NACHWEIS EINES 3-MONATIGEN WOHNSITZES IM BUNDESSTAAT NJ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12. NAME DES BÜRGEN (falls anders als der des Patienten) (Nachname) (Vorname) (Initiale des zweiten Vornamens)		13. HAT DER PATIENT EINE KRANKENVERSICHERUNG? Ja oder Nein NAME DER FIRMA ADRESSE

Berechtigte Familienmitglieder, einschließlich des Antragstellers

Name	Geburtsdatum	SS-Nummer	Beruf	Monatliches Gehalt

ABSCHNITT II – Vermögenskriterien

14. Individuelle Vermögenswerte	
15. Vermögenswerte der Familie	
16. Vermögenswerte sind u. a.:	
A. Bargeld	
B. Sparkonten	
C. Girokonten	
D. Einlagenzertifikate/Individuelle Rentenkonten	
E. Eigenkapital in Immobilien (außer dem Hauptwohnsitz)	
F. Andere Vermögenswerte (Schatzwechsel, handelbare Wertpapiere, Unternehmenstitel- und anleihen)	
G. Gesamtsumme	

*Familiengröße schließt eigene Person, Ehepartner und minderjährige Kinder ein. Eine schwangere Frau wird als zwei Familienmitglieder gezählt.

ABSCHNITT III – Einkommenskriterien

Für einen Erwachsenen muss das Einkommen des Ehepartners, und für ein minderjähriges Kind das Einkommen und Vermögen der Eltern verwendet werden, um zu bestimmen, ob eine Person einen Anspruch auf die Unterstützung einer Krankenhausbehandlung hat. Ein Einkommensnachweis muss diesen Antrag begleiten.

Das Einkommen wird auf Basis von 12 Monaten, 3 Monaten oder 1 Monat vor Datum der Dienstleistung berechnet.

Das Bruttoeinkommen des Patienten/der Familie entspricht dem niedrigeren der folgenden Beträge:

LETZTE 12 MONATE	ODER	LETZTE 3 MONATE X 4	ODER	LETZTER MONAT X 12

17. EINNAHMEQUELLEN

	WÖCHENTLICH	MONATLICH	JÄHRLICH
A. Gehalt/Lohn vor Abzügen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Öffentliche Hilfe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Sozialleistungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Arbeitslosenunterstützung und Berufsunfallversicherung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Leistungen für Kriegsveteranen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Ehegatten-/Kindesunterhalt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Andere finanzielle Unterstützung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pensionszahlungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Versicherungs- oder Rentenzahlungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Ausschüttungen/Zinsen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Mieteinnahmen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Netto-Geschäftseinkommen (selbstständig/ nachgewiesen durch unabhängige Quelle) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Sonstiges (Streikgeld, Fortbildungsstipendien, Militärfamilien-Zuteilung, Einkommen von Nachlässen und Treuhandvermögen) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Gesamtsumme _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ABSCHNITT IV – Erklärung des Antragstellers

Mir ist bewusst, dass die von mir eingereichten Informationen von der entsprechenden Gesundheitseinrichtung und der Bundes- oder bundesstaatlichen Regierung überprüft werden. Eine absichtliche Falschdarstellung dieser Fakten unterliegt zivilrechtlichen Strafen und führt dazu, dass ich für alle Krankenhausgebühren selbst verantwortlich bin.

Auf Wunsch der Gesundheitseinrichtung werde ich mich für eine staatliche oder private Unterstützung bewerben, um die medizinische Versorgung und Krankenhausgebühren zu bezahlen.

Ich bestätige hiermit, dass die vorgenannten Informationen in Bezug auf die Größe meiner Familie, Einkommen und Vermögenswerte wahr und korrekt sind. Mir ist bekannt, dass ich dafür verantwortlich bin, das Krankenhaus über etwaige Änderungen in Bezug auf mein Einkommen zu informieren.

18. UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN ODER BÜRGEN	19. DATUM
--	-----------

New Jersey Hospital Care Assistance-Programm

FESTLEGUNG EINES TEILNAHMEANTRAGS

ABSCHNITT I – Informationen des Antragstellers		
1. NAME DES PATIENTEN	2. FAMILIENGRÖSSE	
3. DATUM DER DIENSTLEISTUNG	4. DATUM DER FESTLEGUNG	5. ABLAUFDATUM
6. BERECHNUNG DES EINKOMMENS <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 3 Monate	<input type="checkbox"/> 13 Wochen x 4 <input type="checkbox"/> 1 Monat x 12	7. GESAMTEINKOMMEN
ABSCHNITT II – Medicaid-Bestimmung		
8. ZUWEISUNG FÜR ÖFFENTLICHE HILFE <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Erklärung: _____		
ABSCHNITT III - Bestimmung		
<input type="checkbox"/> Ihr Antrag für New Jersey Hospital Care Assistance wurde genehmigt. Ihre finanzielle Verantwortlichkeit beträgt ____% der Krankenhausrechnung für Dienstleistungen, die am _____ beginnen. Das Krankenhaus kann eine Beihilfe von ____% für Krankenhausgebühren leisten, für zukünftige Dienstleistungen des Krankenhauses über einen Zeitraum von ____ Monaten ab dem ursprünglichen Servicedatum.		
<input type="checkbox"/> Ihr Antrag für New Jersey Hospital Care Assistance wurde abgelehnt, da Sie die Anforderungen einer Teilnahmeberechtigung nicht erfüllen. Besondere Gründe hierfür sind unter anderem: <input type="checkbox"/> Dokumentation zum Einkommen wurde nicht vorgelegt. * <input type="checkbox"/> Dokumentation von Vermögenswerten wurde nicht vorgelegt. ** <input type="checkbox"/> Einkommen überschreitet Teilnahmekriterien. <input type="checkbox"/> Vermögenswerte überschreiten Teilnahmekriterien. <input type="checkbox"/> Patient wurde an Medicaid verwiesen. <input type="checkbox"/> Medicaid-Ablehnung wurde nicht vorgelegt. <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

*Antragsteller, deren Teilnahme aufgrund von nicht eingereichten Unterlagen abgelehnt wurde, sollten jene Unterlagen an das Krankenhaus senden:

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

**Antragsteller mit Vermögenswerten, die eine Teilnahmeberechtigung überschreiten, haben die Möglichkeit, die überschüssigen Vermögenswerte für eine Bezahlung der Krankenhausrechnung „auszugeben“. Wenn Sie _____ der Krankenhausrechnung

bezahlen, kann die verbleibende Summe mit ____ % unter dem New Jersey Hospital Care Assistance-Programm als förderfähig/zuschussfähig angesehen werden.

NAME DES BEGUTACHTERS	TITEL
UNTERSCHRIFT	DATUM

Antragsteller können sich an die folgende Stelle wenden, wenn sie Fragen zum Programm haben:

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

REV. 21.12.2015