



Πρόγραμμα Βοήθειας Νοσοκομειακής Φροντίδας του Νιού Τζέρσι

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Η ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΝΟΔΕΥΕΤΑΙ ΑΠΟ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ, ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ. ΣΤΕΙΛΤΕ ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department. ΜΗΝ ΣΤΕΛΝΕΤΕ ΤΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΔΙΟΤΙ ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΙΣΤΡΑΦΟΥΝ.

ΕΝΟΤΗΤΑ I – Προσωπικές Πληροφορίες

1. ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Επίθετο) (Μικρό) (Γράμμα μεσαίου ονόματος)			2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ		
3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ Μήνας Ημέρα Έτος		4. ΑΡΧΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Μήνας Ημέρα Έτος		5. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Μήνας Ημέρα Έτος	
6. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			7. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ		
8. ΠΟΛΗ, ΠΟΛΙΤΕΙΑ, Τ.Κ.			9. ΜΕΓΕΘΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ*		
10. ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Εκκρεμεί αίτηση			11. ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΝΙΟΥ ΤΖΕΡΣΙ ΓΙΑ 3 ΜΗΝΕΣ Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
12. ΟΝΟΜΑ ΕΓΓΥΗΤΗ (Εάν διαφέρει από τον ασθενή) (Επίθετο) (Μικρό) (Γράμμα μεσαίου ονόματος)			13. ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑ; Ναι ή Όχι ΟΝΟΜΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ		

Κατάλληλα οικογενειακά μέλη, συμπεριλαμβανομένου και του αιτώντα

Όνομα	Ημερομηνία γέννησης	Αρ. Κοινων. Ασφάλισης	Επάγγελμα	Μηνιαίος Μισθός

ΕΝΟΤΗΤΑ II – Κριτήρια Περιουσιακών Στοιχείων

14. Ατομικά περιουσιακά στοιχεία	
15. Οικογενειακά περιουσιακά στοιχεία	
16. Τα περιουσιακά στοιχεία περιλαμβάνουν	
A. Μετρητά	
B. Αποταμιευτικούς λογαριασμούς	
C. Λογαριασμούς επιταγών	
D. Πιστοποιητικό καταθέσεων/I.R.A [Λογαριασμός ατομικής συνταξιοδότησης]	
E. Καθαρή αξία σε ακίνητα (Άλλα ακίνητα εκτός της πρωταρχικής κατοικίας)	
F. Άλλα περιουσιακά στοιχεία (Κρατικά ομόλογα, διαπραγματεύσιμοι τίτλοι, εταιρικές μετοχές και ομόλογα)	
G. Σύνολο	

ΕΝΟΤΗΤΑ III – Κριτήρια Εισοδήματος

Όταν καθορίζετε την καταλληλότητα για βοήθεια νοσοκομειακής φροντίδας, πρέπει να χρησιμοποιηθεί το εισόδημα και η περιουσία συζύγου για έναν ενήλικο. Το εισόδημα και η περιουσία των γονέων πρέπει να χρησιμοποιηθεί για ένα ανήλικο παιδί. Η ενότητα αυτή πρέπει να συνοδεύεται από απόδειξη εισοδήματος.

Το εισόδημα βασίζεται σε υπολογισμό είτε δώδεκα μηνών, τριών μηνών ή ενός μήνα πριν από ημερομηνία παροχής υπηρεσιών.

Το μικτό εισόδημα γονέων/οικογένειας είναι ίσο ή λιγότερο από τα ακόλουθα:

ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΙ 12 ΜΗΝΕΣ	Ή	ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΙ 3 ΜΗΝΕΣ X 4	Ή	ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΣ 1 ΜΗΝΑΣ X 12

17. ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

	ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ	ΜΗΝΙΑΙΑ	ΕΤΗΣΙΩΣ
A. Μισθός πριν τις κρατήσεις _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Δημόσια βοήθεια _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Παροχές κοινωνικής ασφάλισης _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Ταμείο ανεργίας και αποζημίωση εργατών _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Επιδόματα βετεράνων _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Διατροφή/Παιδική υποστήριξη _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Άλλη χρηματική υποστήριξη _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Πληρωμές συνταξιοδότησης _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Πληρωμές ασφάλισης ή πρόσοδα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Μερίσματα/Τόκοι _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Εισόδημα από ενοίκια _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Καθαρό εισόδημα επιχείρησης (ελεύθερος επαγγελματίας/επαληθευόμενο από ανεξάρτητη πηγή) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Άλλο (επιδόματα απεργίας, εκπαιδευτικοί μισθοί, οικογενειακή παροχή από τον Στρατό, εισόδημα από κτήματα και τραστ) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Σύνολο _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΝΟΤΗΤΑ IV – Πιστοποίηση από τον Αιτώντα

Κατανώ ότι οι πληροφορίες που υποβάλλω υπόκεινται σε επαλήθευση από το κατάλληλο υγειονομικό ίδρυμα και τις Ομοσπονδιακές ή Πολιτειακές Κυβερνήσεις. Η εκούσια διαστρέβλωση αυτών των γεγονότων με καθιστά υπεύθυνο για όλες τις νοσοκομειακές χρεώσεις και υπόκειμαι σε αστικές κυρώσεις.

Εάν απαιτηθεί από το υγειονομικό ίδρυμα, θα υποβάλλω αίτηση για βοήθεια από την κυβέρνηση ή για ιδιωτική ιατρική βοήθεια με το νοσοκομειακό λογαριασμό μου.

Πιστοποιώ ότι οι ανωτέρω πληροφορίες σχετικά με το μέγεθος της οικογένειάς μου, το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία είναι αληθινά και σωστά. Κατανοώ ότι αποτελεί ευθύνη μου να πληροφορήσω το νοσοκομείο σχετικά με κάθε αλλαγή στην κατάσταση όσον αφορά το εισόδημά μου.

18. ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΕΓΓΥΗΤΗ

19. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Πρόγραμμα Βοήθειας Νοσοκομειακής Φροντίδας του Νιού Τζέρσι

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

ΕΝΟΤΗΤΑ I – Πληροφορίες Αιτώντα

1. ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		2. ΜΕΓΕΘΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
3. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ	5. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ
6. ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ <input type="checkbox"/> 12 μήνες <input type="checkbox"/> 3 μήνες	<input type="checkbox"/> 13 εβδομάδες x 4 <input type="checkbox"/> 1 μήνας x 12	7. ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ II – Καθορισμός Medicaid

8. ΕΓΙΝΕ ΣΥΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ

Ναι Όχι Εξηγήστε: _____

ΕΝΟΤΗΤΑ III - Καθορισμός

Εγκρίθηκε η αίτησή σας για Βοήθεια Νοσοκομειακής Φροντίδας του Νιού Τζέρσι. Η οικονομική σας ευθύνη είναι _____% για το λογαριασμό του νοσοκομείου για υπηρεσίες που ξεκίνησαν στις _____. Το νοσοκομείο ενδέχεται να παρέχει βοήθεια για _____% των νοσοκομειακών χρεώσεων για οποιαδήποτε μελλοντική νοσοκομειακή υπηρεσία για περίοδο _____ μηνών από την αρχική ημερομηνία παροχής υπηρεσιών.

Η αίτησή σας για Βοήθεια Νοσοκομειακής Φροντίδας του Νιού Τζέρσι δεν έγινε δεκτή διότι δεν ανταποκρίνεστε στις απαιτήσεις καταλληλότητας. Οι συγκεκριμένες αιτίες για μη καταλληλότητα έχουν ως εξής:

- Δεν παρασχέθηκαν τα έγγραφα εισοδήματος. *
- Δεν παρασχέθηκαν τα έγγραφα περιουσιακών στοιχείων. **
- Το εισόδημα υπερβαίνει τα κριτήρια καταλληλότητας.
- Τα περιουσιακά στοιχεία υπερβαίνουν τα κριτήρια καταλληλότητας.
- Έγινε σύσταση στον/στην ασθενή για Medicaid
- Δεν αρνηθήκατε την Medicaid
- Άλλο _____

*Οι αιτούντες που δεν είναι κατάλληλοι επειδή δεν παρασχέθηκαν συγκεκριμένες πληροφορίες, πρέπει να απευθύνουν αυτές τις πληροφορίες στο νοσοκομείο:

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

**Αιτούντες με περιουσιακά στοιχεία που ξεπερνούν την καταλληλότητα έχουν την επιλογή να «ξοδέψουν» τα περίσσια περιουσιακά στοιχεία προς το λογαριασμό του νοσοκομείου. Εάν πληρώσετε _____ για το λογαριασμό του νοσοκομείου σας, το υπόλοιπο που παραμένει μπορεί να θεωρηθεί κατάλληλο για _____% σύμφωνα με το Πρόγραμμα Βοήθειας Νοσοκομειακής Φροντίδας του Νιού Τζέρσι.

ΟΝΟΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΗ	ΤΙΤΛΟΣ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Οι αιτούντες που έχουν ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμα μπορούν να επικοινωνήσουν με το

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

ΑΝΑΘ. 21/12/2015