



תוכנית הסיוע של ניו ג'רזי לטיפול בבית חולים
טופס בקשה להיכלל בתוכנית

לטופס בקשה זה חובה לצרף הוכחת זהות וראיות בדבר הכנסה ונכסים. יש לשלוח עותקים של כל המסמכים המבוקשים אל: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department. אין לשלוח את המסמכים המקוריים, מכיוון שהם לא יוחזרו לשולח.

חלק I – פרטים אישיים			
1. שם החולה		2. מספר ביטוח לאומי	
3. תאריך הבקשה		4. תאריך מתן השירות הראשוני	
5. תאריך השירות המבוקש		6. כתובת החולה, רחוב ומס' הבית	
7. מספר טלפון	8. עיר, מדינה, מיקוד	9. מס' בני המשפחה*	10. אזרחות של ארה"ב
11. ראה לתושבות של 3 חודשים במדינת ניו ג'רזי	12. שם הערב (אם אדם אחר מהחולה)	13. האם היש לחולה כסוי ביטוחי? כן או לא	14. נכסים אישיים
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> הוגשה בקשה <input type="checkbox"/> לא
15. נכסים משפחתיים		16. נכסים כולל	
17. נכסים אחרים (שטרי אוצר, נייר ערך סחיר, מניות ואגרות חוב תאגידיות)		18. סך הכל	

בני משפחה זכאים, כולל המבקש/ת

שם	תאריך לידה	מספר ביטוח לאומי	עיסוק	משכורת חודשית

חלק II – קריטריונים של נכסים

14. נכסים אישיים
15. נכסים משפחתיים
16. נכסים כולל
א. מזומן
ב. חשבונות חיסכון
ג. חשבונות עו"ש
ד. תעודות פיקדון/I.R.A.
ה. בעלות בנכסי מקרקעין (מלבד מקום המגורים העיקרי)
ו. נכסים אחרים (שטרי אוצר, נייר ערך סחיר, מניות ואגרות חוב תאגידיות)
ז. סך הכל

* מספר בני המשפחה כולל עצמך, בנות זוג וילדים קטינים. אשה בהריון נספרת כשני בני משפחה.

חלק III – קריטריונים של הכנסה

לצורך קביעת הזכאות לסיוע עבור טיפול בבית חולים יש להשתמש בהכנסה ובנכסים של בן/ת זוג במקרה של בגיר; במקרה של ילד קטין, יש להשתמש בהכנסה ובנכסים של ההורים. חובה לצרף לטופס בקשה זה ראייה בדבר הכנסה.

קביעת ההכנסה נעשית על פי תחשיב של שנים עשר חודשי הכנסה, שלושה חודשי הכנסה או חודש הכנסה אחד לפני תאריך מתן השירות.

ההכנסה ברוטו של החולה/המשפחה שווה לסכום הנמוך מבין הבאים:

החודש האחרון X 12	או	3 החודשים האחרונים X 4	או	12 החודשים האחרונים

17. מקורות הכנסה

שנתי	חודשי	שבועי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

א. משכורת/שכר לפני הורדות

ב. סיוע ציבורי

ג. הטבות ביטוח לאומי

ד. דמי אבטלה ופיצויי עובדים

ה. קצבאות יוצא צבא

ו. דמי מזונות/מזונות ילדים

ז. תמיכה כספית אחרת

ח. תשלומי גמלאות

ט. ביטוח או תשלומי קצבה שנתית

י. דיבידנדים/ריבית

יא. הכנסה משכר דירה

יב. הכנסה נטו ממשלח יד (עוסק

עצמאי/מאומת על ידי גורם בלתי תלוי)

יג. אחר (הטבות בגין השבתה, מלגות הכשרה,

קצבה צבאית למשפחה, הכנסה

מעזבונות ונאמנויות)

יד. סך הכל

חלק III – קריטריונים של הכנסה

מובן לי כי המידע הנמסר על ידי כפוף לאימות על ידי המוסד הרפואי המטפל המתאים וכן על ידי הממשל הפדראלי וממשל המדינה. מצג כוזב במכוון של עובדות אלה יביא לכך שיוטלו עליי כל חיובי בית החולים ואהיה צפוי/ה לקנסות אחריים.
 במידה ואתבקש לכך על ידי המוסד הרפואי המטפל, אגיש בקשה לקבלת סיוע רפואי ממשלתי או פרטי לצורך תשלום חשבון בית החולים.
 אני מאשר/ת שהמידע לעיל בנוגע למספר בני המשפחה שלי, הכנסתי ונכסיי הוא נכון ומדויק. מובן לי כי באחריותי ליידע את בית החולים על כל שינוי סטטוס בכל הנוגע להכנסתי.

19. תאריך	18. חתימת החולה או הערב
-----------	-------------------------

תוכנית הסיוע של ניו ג'רזי לטיפול בבית חולים

החלטה בעניין הבקשה להיכלל בתוכנית

חלק I – פרטי מגיש הבקשה

1. שם החולה	2. מסי בני המשפחה	
3. תאריך מתן השירות	4. תאריך ההחלטה	5. בתוקף עד
6. חישוב הכנסה	12 חודשים	13 שבועות X 4
	3 חודשים	12 X 1 חודש

חלק II – קביעה בנוגע ל-Medicaid

8. האם נעשתה הפניה לסיוע ציבורי

כן לא הסבר: _____

חלק III - החלטה

בקשתך להיכלל בתוכנית הסיוע של ניו ג'רזי לטיפול בבית חולים אושרה. החבות הכספית שלך היא _____% מסך חשבון בית החולים בגין מתן שירותים, החל מתאריך _____ . בית החולים רשאי לספק סיוע בשיעור של _____% מסך חיובי בית החולים בגין שירותי בית חולים כלשהם שיינתנו בעתיד למשך תקופה בת _____ חודשים מתאריך מתן השירות הראשוני.

בקשתך להיכלל בתוכנית הסיוע של ניו ג'רזי לטיפול בבית חולים נדחתה מכיוון שאינך עומד/ת בדרישות הזכאות. הסיבות הספציפיות לאי-הזכאות הן כלהלן:

- לא נמסרו מסמכי תיעוד הכנסה. *
- לא נמסרו מסמכי תיעוד נכסים. **
- ההכנסה גבוהה מהקריטריונים לזכאות.
- סך הנכסים גבוה מהקריטריונים לזכאות.
- החולה הופנה ל-Medicaid
- לא הוצגה הודעת סירוב מ-Medicaid
- אחר _____

*פונים שאי-זכאותם נקבעה על סמך העובדה שלא נמסר מידע ספציפי נדרשים להפנות את המידע הזה אל בית החולים:

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

** פונים עם סך נכסים העולה על קריטריוני הזכאות יכולים "להקטין" את סכום הנכסים העודף באמצעות תשלום חלקי של חשבון בית החולים. אם תשלם/י סך של _____ כתשלום חלקי של חשבון בית החולים, היתרה תוכל להיחשב כמזכה בסיוע בשיעור של % _____ במסגרת תוכנית הסיוע של ניו ג'רזי לטיפול בבית חולים.

שם המעריך	תפקיד
חתימה	תאריך

פונים שברצונם להציג שאלות בנוגע לתוכנית רשאים לפנות אל
New Jersey State Department of Health
HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM
CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360
מספר טלפון 1-866-588-5696