



New Jersey állam kórházi ellátást segítő programja

RÉSZVÉTEL IRÁNTI KÉRELEM

A KÉRELEMHEZ MELLÉKELNI KELL A SZEMÉLYAZONOSSÁG, A JÖVEDELEM ÉS MEGLÉVŐ VAGYON BIZONYÍTÉKAIT. A KÉRT DOKUMENTUMOKAT A KÖVETKEZŐ CÍMRE KELL ELKÜLDENI: Hackensack UMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn.: Financial Assistance Department. NE KÜLDJÖN EREDETI DOKUMENTUMOKAT, MERT NEM KÜLDJÜK VISSZA!

I. RÉSZ – Személyi adatok

1. BETEG NEVE (Családnév) (Utónév) (H) kezdőbetűje		2. TB. SZÁM	
3. KÉRELMEZÉS DÁTUMA Év Hó Nap		4. ELLÁTÁS ELSŐ NAPJA: Év Hó Nap	
5. ELLÁTÁS IGÉNYELT NAPJA: Év Hó Nap		6. BETEG CÍME	
7. TELEFONSZÁM		8. VÁROS, ORSZÁG, IRÁNYÍTÓSZÁM	
9. CSALÁDTAGOK SZÁMA*		10. USA ÁLLAMPOLGÁRSÁG <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Független kérelem	
11. IGAZOLÁS, HOGY 3 HÓNAPJA HELYI LAKOS NJ ÁLLAMBAN <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem		12. A KEZÉS NEVE (ha nem a Beteg) (Családnév) (Utónév) (3. név kezdőbetűje)	
13. VAN A BETEGNEK BIZTOSÍTÁSA? Igen v. Nem VÁLLALAT NEVE CÍM			

Elfogadható családtagok, közöttük a kérelmezővel

Név	Születési dátum	TB szám	Foglalkozás	Havi kereset

*A családtagok számába beleszámít önmaga, házastársa, kiskorú gyermekei. A várandós asszony két családtagnak számít

II. RÉSZ – Vagyon kritériumok

14. Saját vagyon	
15. Családi vagyon	
16. A vagyon tartalma	
A. Készpénz	
B. Takarékszámmla	
C. Csekkszámmla	
D. Letéti jegy/Egyéni nyugdíjszámla	
E. Tőkebefektetés ingatlanba (más, mint a lakóhely)	
F. Egyéb vagyontárgyak (kincstárjegy, forgalmazható értékpapír, vállalati részvények és kötvények)	
G. Összesen	

III. RÉSZ – Jövedelmi feltételek

A kórházi ellátást segítő programra való jogosultság elbírálásakor egy felnőtt esetében a házastárs jövedelmét és vagyonát is figyelembe kell venni; kiskorú gyermekek esetében a szülők jövedelme és vagyona számít. A jövedelemigazolást csatolni kell a kérelemhez.

A jövedelem kiszámítása tizenkét hónap, három hónap vagy egy hónap alapján történik, ahol a figyelembe vett hónapok az ellátás előtti időszak hónapjai.

A beteg /a család bruttó jövedelme azzal egyenlő, ami az alábbiak közül a legkisebb:

UTOLSÓ 12 HÓNAP		UTOLSÓ 3 HÓNAP X 4		UTOLSÓ 1 HÓNAP X 12
	VAGY		VAGY	

17. A JÖVEDELEM FORRÁSAI

	HETI	HAVI	ÉVI
A. Fizetés/bér, a levonások előtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Állami juttatás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Társadalombiztosítási juttatás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Munkanélküli segély és dolgozói kárpótlás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Veteránok juttatásai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tartásdíj/gyerektartás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Egyéb pénzbeli támogatás/segély	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Nyugdíj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Kifizetések biztosításból, járadékként	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Osztalékok/Kamat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Bérbeadás jövedelme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Nettó vállalkozási bevétel (önálló/független forrás igazolja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Egyéb (ellátások sztrájk idején, tanulmányi ösztöndíj, katonák családi juttatásai, örökségből, kezelt vagyonból származó jövedelem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Összesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. RÉSZ – A kérelmező nyilatkozata

Tudomásul veszem, hogy az általam benyújtott adatokat, melyeket ellenőrzésre átadok a szóban forgó egészségügyi intézménynek, szövetségi vagy állami szervek fogják vizsgálni. Ha szándékosan, a tényeket elferdítve nyújtok be információkat, köteles leszek minden kórházi költséget megtéríteni és még polgári peres eljárás alapján kiszabott büntetések is terhelni fognak.

Ha az egészségügyi intézmény azt kéri, állami vagy magán egészségügyi segélyért fogok folyamodni a kórházi számláim kiegyenlítéséhez.

Megegyezem, hogy a családom nagyságára, a jövedelmemre és vagyonomra vonatkozó információk igazak és pontosak. Tudomásul veszem, hogy feladatom tájékoztatni a kórházat, ha a jövedelmi viszonyaim változnak.

18. A BETEG VAGY A KEZES ALÁÍRÁSA

19. DÁTUM

New Jersey állam kórházi ellátást segítő programja

DÖNTÉS A RÉSZVÉTEL IRÁNTI KÉRELEMRŐL

I. RÉSZ – Személyi adatok		
1. BETEG NEVE	2. CSALÁDTAGOK SZÁMA	
3. ELLÁTÁS NAPJA:	4. HATÁROZATHOZATAL NAPJA:	5. LEJÁRAT KELTE
6. JÖVEDELMI SZÁMÍTÁSOK	<input type="checkbox"/> 12 hónap <input type="checkbox"/> 3 HÓNAP	7. TELJES JÖVEDELEM
	<input type="checkbox"/> 13 hét x 4 <input type="checkbox"/> 1 hónap x 12	
II. RÉSZ – Medicaid döntés		
8. KÉSZÜLT JAVASLAT ÁLLAMI TÁMOGATÁSRA?		
<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem Magyarázat: _____		
III. RÉSZ - Döntés		
<input type="checkbox"/> Elfogadták felvételét New Jersey állam kórházi ellátást segítő programjába. A kórházi számla önt terhelő része _____ % a _____-án kezdődött ellátásra. A kórház bármely jövőben kiterhelt ellátási díjból biztosítani tud _____ % segélyt a kezelés megkezdésétől egy _____ hónapos időszakon át.		
<input type="checkbox"/> A New Jersey állam kórházi ellátást segítő programjába való felvétele iránti kérelmét elutasították, mert ön nem felelt meg a jogosultsági követelményeknek. Meg nem felelésének az indokai a következők:		
<input type="checkbox"/>	Nem nyújtott be jövedelmi igazolásokat. *	
<input type="checkbox"/>	Nem nyújtott be igazolásokat a vagyoni helyzetéről. **	
<input type="checkbox"/>	Jövedelme meghaladja a jogosultsági követelmény által előírtakat.	
<input type="checkbox"/>	Vagyona meghaladja a jogosultsági követelmény által előírtakat.	
<input type="checkbox"/>	A beteget a Medicaidhez utalták	
<input type="checkbox"/>	Nem mutatta be a Medicaid elutasítását	
<input type="checkbox"/>	Egyéb _____	

*Azok a kérelmezők, akiket azon az alapon utasítottak el, hogy bizonyos adatok nem lettek beadva, küldjék el ezt az információt a kórháznak:

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

**Ha a kérelmező vagyona meghaladja a jogosultsági határt, módjában áll „lekölteni” a többletet a kórházi számla felé. Ha _____ összeget fizet a kórházi számlájára, a megmaradó egyenleg jogosult lehet _____ % segélyre New Jersey állam kórházi ellátást segítő programjában

ÉRTÉKELO NEVE	BEOSZTÁSA
ALÁÍRÁS	DÁTUM

Ha a kérelmezőnek kérdése van a programról, forduljon az alábbi intézményhez:

New Jersey State Department of Health [NJ Állam Egészségügyi Minisztériuma]
HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM [Biztosítással nem rendelkezők orvosi ellátási programja]
CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360
Telefonszám: 1-866-588-5696