



## Programma di assistenza per cure ospedaliere del New Jersey

### RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

È NECESSARIO ALLEGARE ALLA PRESENTE RICHIESTA PROVE DI IDENTIFICAZIONE, REDDITO E BENI. INVIARE COPIA DI TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI A: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department. NON INVIARE I DOCUMENTI ORIGINALI, IN QUANTO NON VERRANNO RESTITUITI.

#### SEZIONE I – Informazioni personali

1. NOME DEL/DELLA PAZIENTE  (Cognome) (Nome) (Iniz. sec. nome)			2. N° DI SOCIAL SECURITY		
3. DATA DELLA RICHIESTA  Mese      Giorno      Anno		4. DATA INIZIALE DEL SERVIZIO  Mese      Giorno      Anno		5. DATA DI RICHIESTA DEL SERVIZIO  Mese      Giorno      Anno	
6. INDIRIZZO STRADALE DEL/DELLA PAZIENTE			7. NUMERO DI TELEFONO		
8. CITTÀ, STATO, CAP			9. N° DI MEMBRI DELLA FAMIGLIA*		
10. CITTADINANZA USA  <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Richiesta in corso			11. PROVA DI RESIDENZA DA 3 MESI NELLO STATO DEL NEW JERSEY  <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
12. NOME DEL MALLEVADORE (se diverso dal/dalla paziente)  (Cognome) (Nome) (Iniz. sec. nome)			13. IL/LA PAZIENTE È COPERTO/A DA ASSICURAZIONE?    Sì    o    No  NOME DELL'AZIENDA INDIRIZZO		

#### Membrî della famiglia idonei, incluso richiedente

Nome	Data nascita	Numero SS	Occupazione	Salario mensile

#### SEZIONE II – Criteri per i beni

14. Beni individuali	
15. Beni di famiglia	
16. I beni includono	
A. Contante	
B. Conti di deposito	
C. Conti correnti	
D. Certificato di depositi/Conto previdenziale individuale	
E. Quote di proprietà in patrimonio immobiliare (diverso dalla residenza principale)	
F. Altri beni (buoni del Tesoro, titoli trasferibili, capitali azionari e bond)	
G. Totale	

\*Nei "membri della famiglia" sono inclusi il/la richiedente, il/la coniuge e i figli minorenni. Una donna incinta viene conteggiata come due membri della famiglia.

### SEZIONE III – Criteri per il reddito

Quando viene determinata l' idoneità all' assistenza per le cure ospedaliere, per una persona adulta devono essere utilizzati il reddito e i beni del/ della coniuge; per un minorenni devono essere utilizzati il reddito e i beni dei genitori. Alla presente richiesta deve essere allegata prova del reddito.

Il reddito si basa sul calcolo dei dodici mesi, oppure dei tre mesi, oppure del mese che precedono la data del servizio.

Il reddito lordo del/ della paziente o della famiglia equivale all' importo inferiore tra i seguenti:

<b>ULTIMI 12 MESI</b>	<b>OPPURE</b>	<b>ULTIMI 3 MESI X 4</b>	<b>OPPURE</b>	<b>ULTIMO MESE X 12</b>

#### 17. FONTI DEL REDDITO:

	SETTIMANALE	MENSILE	ANNUALE
A. Salario/retribuzione prima delle detrazioni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Assistenza pubblica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Sussidi della Social Security _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Indennità di disoccupazione e per infortuni sul lavoro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Sussidi per i veterani _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimenti per coniuge/figli _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Altro sostegno monetario _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagamenti della pensione _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Pagamenti dell' assicurazione o di rendite annue _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendi/interessi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Redditi di fabbricati _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Reddito aziendale netto (lavoro autonomo/verificato da fonte indipendente) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Altro (sussidi sindacali, borse per formazione, assegnazioni per famiglie di militari, reddito da proprietà terriere e trust) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Totale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SEZIONE IV – Certificazione da parte del richiedente

Sono consapevole che le informazioni che presento sono soggette a verifica da parte della struttura sanitaria competente e dal governo federale o statale. Una presentazione volutamente inesatta di tali informazioni mi renderà responsabile del pagamento di tutte le spese ospedaliere e soggetto a eventuali azioni civili.

Qualora ciò fosse richiesto dalla struttura sanitaria, farò domanda di assistenza medica governativa o privata per il pagamento della fattura dell'ospedale.

Certifico che le informazioni di cui sopra riguardanti il numero di membri, il reddito e i beni della mia famiglia sono veritiere e corrette. Sono consapevole che è mia responsabilità segnalare all'ospedale qualsiasi cambiamento di stato per quanto riguarda il mio reddito.

18. FIRMA DEL/DELLA PAZIENTE O DEL MALLEVADORE

19. DATA

## Programma di assistenza per cure ospedaliere del New Jersey

### RISOLUZIONE SULLA RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

#### SEZIONE I – Informazioni sul richiedente

1. NOME DEL/DELLA PAZIENTE		2. N° DI MEMBRI DELLA FAMIGLIA	
3. DATA DEL SERVIZIO	4. DATA DI DETERMINAZIONE	5. DATA DI SCADENZA	
6. CALCOLO DEL REDDITO	12 mesi 3 mesi	13 settimane x 4 1 mese x 12	7. REDDITO TOTALE

#### SEZIONE II – Risoluzione Medicaid

8. È STATO INDIRIZZATO ALL'ASSISTENZA PUBBLICA?

Sì

No

Spiegazione: \_\_\_\_\_

#### SEZIONE III – Risoluzione

La Sua richiesta di assistenza per cure ospedaliere nel New Jersey è stata approvata. La Sua responsabilità finanziaria è pari al \_\_\_\_\_% della fattura dell'ospedale per i servizi con inizio in data \_\_\_\_\_. L'ospedale può fornire un'assistenza del \_\_\_\_\_% delle spese ospedaliere per qualsiasi servizio ospedaliero futuro per un periodo di \_\_\_\_\_ mesi a partire dalla data iniziale del servizio.

La Sua richiesta di assistenza per cure ospedaliere nel New Jersey è stata respinta in quanto non soddisfa i requisiti d'idoneità. I motivi specifici della mancata idoneità sono i seguenti:

Documentazione del reddito non fornita. \*

Documentazione dei beni non fornita. \*\*

Il reddito supera i criteri per l'idoneità.

I beni superano i criteri per l'idoneità.

Paziente indirizzato a Medicaid

Mancata fornitura del rifiuto di Medicaid

Altro \_\_\_\_\_

\*I richiedenti non idonei a causa della mancata fornitura di informazioni specifiche devono inviare tali informazioni all'ospedale:

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

\*\*I richiedenti con beni che superano l'idoneità hanno la possibilità di applicare lo "spend down" dei beni in eccesso verso la fattura dell'ospedale. Qualora Lei pagasse \_\_\_\_\_ verso la fattura dell'ospedale, il saldo rimanente può essere considerato idoneo per il \_\_\_\_\_% ai sensi del Programma di assistenza per cure ospedaliere del New Jersey.

NOME DEL VALUTATORE	TITOLO
FIRMA	DATA

I richiedenti che avessero domande sul programma possono contattare:

**New Jersey State Department of Health  
HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM  
CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360  
Numero di telefono: 1-866-588-5696**

REV. 21/12/2015