



**Program pomocy w opłaceniu kosztów opieki szpitalnej w stanie New Jersey**

**WNIOSEK DLA UCZESTNIKA**

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE TOŻSAMOŚĆ, DOCHODY I POSIADANE AKTYWA. KOPIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH DOKUMENTÓW NALEŻY PRZESŁAĆ NA ADRES: HackensackUMC, 100 FirstStreet Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department. NIE NALEŻY WYSYŁAĆ ORYGINAŁÓW DOKUMENTÓW, PONIEWAŻ NIE BĘDĄ ONE ODSYŁANE.

**CZĘŚĆ I – Dane osobowe**

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA  (Nazwisko) (Imię) (Inicjał drugiego imienia)		2. NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SOCIAL SECURITY)
3. DATA WNIOSKU  Miesiąc Dzień Rok	4. POCZĄTKOWA DATA USŁUGI  Miesiąc Dzień Rok	5. ŻĄDANA DATA USŁUGI  Miesiąc Dzień Rok
6. ADRES PACJENTA		7. NUMER TELEFONU
8. MIEJSCOWOŚĆ, STAN, KOD POCZTOWY		9. LICZBA OSÓB W RODZINIE*
10. OBYWATELSTWO USA  <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Trwa rozpatrywanie wniosku		11. POTWIERDZENIE ZAMIESZKIWANIA W STANIE NJ PRZEZ 3 MIESIĄCE  <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
12. NAZWISKO PORĘCZYCIELA (jeśli inne niż pacjenta)  (Nazwisko) (Imię) (Inicjał drugiego imienia)		13. CZY PACJENT POSIADA UBEZPIECZENIE? Tak lub Nie  NAZWA FIRMY ADRES

**Uprawnieni członkowie rodziny, w tym Wnioskodawca**

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego (SS)	Zawód	Miesięczne dochody

**CZĘŚĆ II – Kryteria dotyczące aktywów**

14. Aktywa osobiste	
15. Aktywa rodzinne	
16. Aktywa obejmują	
A. Gotówkę	
B. Rachunki oszczędnościowe	
C. Rachunki bieżące	
D. Świadczenia depozytowe/Indywidualne konta emerytalne	
E. Kapitał w nieruchomościach (innych niż główne miejsce zamieszkania)	
F. Inne aktywa (bony skarbowe, instrumenty zbywalne, akcje i obligacje spółek)	
G. Łącznie	

\*Do liczby osób w rodzinie wlicza się samego wnioskodawcę, małżonka(-ę) i nieletnie dzieci. Kobieta w ciąży jest liczona jako dwie osoby.

### CZĘŚĆ III – Kryteria dotyczące dochodów

Określając uprawnienia do uzyskania pomocy w opłaceniu opieki szpitalnej, w przypadku osoby dorosłej należy uwzględnić dochody i aktywa małżonki(-ka); w przypadku małoletnich dzieci należy uwzględnić dochody i aktywa rodziców. **Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie wysokości uzyskiwanych dochodów.**

Wysokość dochodów jest wyliczana na podstawie kwot z dwunastu miesięcy, trzech miesięcy lub jednego miesiąca przed datą wykonania usługi.

Dochód brutto pacjenta/rodziny równa się niższej z następujących kwot:

<b>OSTATNICH 12 MIESIĘCY</b>	<b>LUB</b>	<b>OSTATNIE 3 MIESIĄCE x 4</b>	<b>LUB</b>	<b>OSTATNI 1 MIESIĄC x 12</b>

### 17. ŹRÓDŁA DOCHODÓW

	TYGODNIOWY	MIESIĘCZNY	ROCZNY
A. Wynagrodzenia i płace przed odliczeniami _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Pomoc publiczna _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Zasiłek dla bezrobotnych i z funduszu odszkodowań pracowniczych _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Świadczenia dla weteranów _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimenty od małżonka i dla dzieci _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Inna pomoc finansowa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Wypłaty z tytułu emerytury _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Ubezpieczenie lub wypłaty z tytułu renty _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dywidendy/odsetki _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Dochody z tytułu wynajmu _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Przychód netto z działalności gospodarczej (samozatrudnienie/zweryfikowany przez niezależne źródło) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Inne (zasiłki dla strajkujących, stypendia szkoleniowe, zasiłki dla rodzin wojskowych, dochód z nieruchomości i rachunków powierniczych) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N. łącznie



### CZĘŚĆ IV – Poświadczenie przez wnioskodawcę

Rozumiem, że informacje, które przedkładam do weryfikacji mogą być przekazywane odpowiedniej placówce opieki zdrowotnej oraz organom władz federalnych i stanowych. Celowe składanie nieprawdziwych oświadczeń spowoduje, że będę ponosić odpowiedzialność za wszystkie opłaty szpitalne i narazi mnie na odpowiedzialność cywilną.

Na życzenie placówki opieki zdrowotnej złożę wniosek o publiczną lub prywatną pomoc w opłaceniu kosztów opieki szpitalnej.

Oświadczam, że powyższe informacje dotyczące liczby osób w mojej rodzinie, dochodów i aktywów są rzetelne i zgodne z prawdą. Rozumiem, że mam obowiązek poinformowania szpitala o wszelkich zmianach mojego stanu majątkowego.

18. PODPIS PACJENTA LUB PORĘCZycIELA	19. DATA
--------------------------------------	----------

## Program pomocy w opłaceniu kosztów opieki szpitalnej w stanie New Jersey

### DECYZJA W SPRAWIE WNIOSKU UCZESTNIKA

#### CZĘŚĆ I – Informacje o wnioskodawcy

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA		2. LICZBA OSÓB W RODZINIE	
3. DATA USŁUGI	4. DATA WYDANIA DECYZJI	5. DATA WAŻNOŚCI	
6. WYLICZENIE DOCHODU	12 miesięcy 3 miesiące	13 tygodni x 4 1 miesiąc x 12	7. CAŁKOWITY DOCHÓD

#### CZĘŚĆ II – Decyzja w sprawie Medicaid

8. CZY WYDANO ZALECENIE POMOCY PUBLICZNEJ

Tak  Nie Proszę wyjaśnić: \_\_\_\_\_

#### CZĘŚĆ III - Decyzja

Wniosek o pomoc w opłaceniu kosztów opieki szpitalnej w stanie New Jersey został zatwierdzony. Wnioskodawca jest zobowiązany do opłacenia \_\_\_\_\_% rachunku szpitalnego za usługi świadczone od dnia \_\_\_\_\_. Szpital może zapewnić pomoc w wysokości \_\_\_\_\_% opłat szpitalnych za przyszłe usługi szpitalne za okres \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia rozpoczęcia świadczenia usług.

Wniosek o pomoc w opłaceniu kosztów opieki szpitalnej w stanie New Jersey został odrzucony, ponieważ wnioskodawca nie spełnia wymogów uprawniających do uzyskania pomocy. Przyczyny niespełnienia wymogów uprawniających:

- Nie dostarczono dokumentacji o dochodach. \*
- Nie dostarczono dokumentacji o aktywach. \*\*
- Dochody przekraczają kryteria uprawniające.
- Aktywa przekraczają kryteria uprawniające.
- Pacjent został skierowany do Medicaid
- Nie dostarczono odmowy Medicaid
- Inne \_\_\_\_\_

\*Wnioskodawcy uznani za niekwalifikujących się ze względu na niedostarczenie określonych informacji powinni przekazać te informacje do szpitala:

HACKENSACK UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM

100 First Street Suite 300  
Hackensack, New Jersey 07601  
Financial Assistance Department  
Tel: (551)996-4343  
Faks: (551)996-4333

\*\*Wnioskodawcy posiadający aktywa przekraczające kryteria kwalifikujące mogą zbyć nadmiar aktywów na rzecz pokrycia

rachunku szpitalnego. Jeśli wnioskodawca zapłaci \_\_\_\_\_ jako zaliczkę na koszty leczenia szpitalnego, pozostała kwota może zostać zakwalifikowana jako \_\_\_\_\_ % do pokrycia w ramach Programu pomocy w opłaceniu kosztów opieki szpitalnej w stanie New Jersey.

JMIE I NAZWISKO OCENIAJĄCEGO	TYTUŁ
PODPIS	DATA

Wnioskodawcy mogą kierować pytania na temat programu na adres:  
**New Jersey State Department of Health HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM**  
**CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360**  
**Numer telefonu 1-866-588-5696**

Akt. 21/12/2015