



Программа помощи в оплате больничного обслуживания в штате Нью-Джерси
ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ

ЭТУ ЗАЯВКУ ДОЛЖНЫ СОПРОВОЖДАТЬ УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ И ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОХОД И АКТИВЫ. КОПИИ ВСЕХ ТРЕБУЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ СЛЕДУЕТ ОТПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department. НЕ ПОСЫЛАЙТЕ ОРИГИНАЛЬНЫЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ДОКУМЕНТОВ, ТАК КАК ОНИ НЕ БУДУТ ВОЗВРАЩЕНЫ.

РАЗДЕЛ I. Личные данные			
1. ИМЯ, ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА (фамилия) (имя) (2-й инициал)		2. № В СИСТЕМЕ СОБЕСА (SSN)	
3. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВКИ месяц день год		4. ДАТА НАЧАЛА ОБСЛУЖИВАНИЯ месяц день год	
5. ЗАПРАШИВАЕМАЯ ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ месяц день год		6. АДРЕС ПАЦИЕНТА: ДОМ, УЛИЦА	
7. ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
8. ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		9. ЧИСЛО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ*	
10. ГРАЖДАНСТВО США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Рассматривается заявка		11. ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ПРОЖИВАНИЯ В ШТАТЕ НЬЮ-ДЖЕРСИ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
12. ИМЯ, ФАМИЛИЯ ПОРУЧИТЕЛЯ (лица, не являющегося пациентом) (фамилия) (имя) (2-й инициал)		13. ЗАСТРАХОВАН ЛИ ПАЦИЕНТ? Да или Нет НАИМЕНОВАНИЕ КОМПАНИИ АДРЕС	

Правомочные члены семьи, в том числе заявитель

Имя, фамилия	Дата рождения	№ в системе собеса (SSN)	Профессия	Ежемесячная заработная плата

РАЗДЕЛ II. Критерии, относящиеся к активам

14. Индивидуальные активы	
15. Семейные активы	
16. К числу активов относятся	
А. Наличные деньги	
В. Сберегательные счета	
С. Чековые счета	
D. Депозитные сертификаты, индивидуальные пенсионные счета (IRA)	
E. Доля владения недвижимостью (за исключением основного места жительства)	
F. Другие активы (казначейские векселя, обращающиеся векселя, акции и облигации)	
G. Итого	

* В число членов семьи входите вы, ваша супруга или ваш супруг и несовершеннолетние дети. Беременная женщина учитывается как два члена семьи.

РАЗДЕЛ III. Критерии, относящиеся к доходу

При определении права на помощь в оплате больничного обслуживания в отношении совершеннолетних лиц учитываются доход и активы супруга или супруги; в отношении несовершеннолетних детей учитываются доход и активы родителей. Эту заявку должно сопровождать документальное доказательство дохода.

Доход рассчитывается на основе дохода, полученного на протяжении 12 месяцев, 3 месяцев или 1 месяца до наступления даты обслуживания.

Доход пациента или семьи до вычета налогов равен меньшей из следующих сумм:

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ	ИЛИ	ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА X 4	ИЛИ	ЗА ПОСЛЕДНИЙ 1 МЕСЯЦ X 12

17. ИСТОЧНИКИ ДОХОДА

	В НЕДЕЛЮ	В МЕСЯЦ	В ГОД
A. Заработная плата (оклад) до вычетов _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Государственное вспомоществование _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Пособия из фонда социального обеспечения _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Пособие по безработице и компенсация травм, полученных на работе _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Пособия для ветеранов войны _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Алименты, финансовая поддержка детей _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Другая финансовая поддержка _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Пенсионные выплаты _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Страховые выплаты или аннуитет _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Дивиденды, проценты _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Доход от сдачи в аренду _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Чистый коммерческий доход (от самостоятельной занятости или подтвержденный независимым источником) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Другой доход (забастовочные пособия, стипендии для лиц, проходящих курсы обучения или профессиональной подготовки, выплаты семьям военнослужащих, доход от наследства и доверительной собственности) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Итого _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

РАЗДЕЛ IV. Удостоверение информации заявителем

Мне известно, что предоставленная мной информация будет проверяться соответствующим обслуживающим медицинским учреждением и федеральным правительством или правительством штата. В случае предоставления ложной информации я буду нести ответственность за оплату всех больничных счетов и подлежать наказанию за гражданское правонарушение.

По требованию обслуживающего медицинского учреждения, я подам заявку на предоставление мне правительственного или частного медицинского пособия по оплате больничного счета.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация, относящаяся к числу членов моей семьи, доходу и активам достоверна и точна. Мне известно, что я обязан(а) сообщать персоналу больницы о любых изменениях состояния моего дохода.

18. ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОРУЧИТЕЛЯ

19. ДАТА

Программа помощи в оплате больничного обслуживания в штате Нью-Джерси

РЕШЕНИЕ, ПРИНЯТОЕ ПО РАССМОТРЕНИИ ЗАЯВКИ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ

РАЗДЕЛ I. Данные заявителя

1. ИМЯ, ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА		2. ЧИСЛО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ	
3. ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ	4. ДАТА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ	5. ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ РЕШЕНИЯ	
6. РАСЧЕТ ДОХОДА <input type="checkbox"/> за 12 месяцев <input type="checkbox"/> за 3 месяца	<input type="checkbox"/> за 13 недель x 4 <input type="checkbox"/> за 1 месяц x 12	7. ИТОГОВАЯ СУММА ДОХОДА	

РАЗДЕЛ II. Определение права на участие в программе Medicaid

8. ВЫДАНО ЛИ НАПРАВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОСОБИЯ?

Да Нет Пояснить: _____

РАЗДЕЛ III. Решение

Ваш запрос о предоставлении вам права на участие в программе помощи в оплате больничного обслуживания в штате Нью-Джерси утвержден. Вы несете финансовую ответственность за оплату _____% суммы, указанной в счете за больничные услуги, предоставленные начиная с _____. Больница может предоставить вам финансовую помощь в размере _____% счетов, выставленных вам за любые дальнейшие больничные услуги на протяжении _____ месяцев, начиная с даты начала обслуживания.

Вам было отказано в удовлетворении запроса о предоставлении вам права на участие в программе помощи в оплате больничного обслуживания в штате Нью-Джерси, так как вы не удовлетворяете критериям правомочности. Конкретные причины вашей неправомочности указаны ниже.

- Не была предоставлена документация, подтверждающая доход.*
- Не была предоставлена документация, подтверждающая активы.**
- Доход превышает уровень, предусмотренный критериями правомочности.
- Стоимость активов превышает уровень, предусмотренный критериями правомочности.
- Пациент получил направление на участие в программе Medicaid.
- Пациент не предоставил доказательство того, что ему отказано в участии в программе Medicaid.
- Прочее: _____

* Заявителям, признанным неправомочными в связи с тем, что ими не была предоставлена та или иная информация, следует отправлять такую информацию в больницу по следующему адресу:

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

** Заявители, стоимость активов которых превышает уровень, предусмотренный критериями правомочности, могут «потратить» излишние активы в зачет суммы, указанной в больничном счете. Если вы выплатите _____ в зачет суммы, указанной в вашем больничном счете, остаток этой суммы будет рассматриваться как подлежащий применению скидки в размере _____ % в рамках программы помощи в оплате больничного обслуживания в штате Нью-Джерси.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ ОЦЕНЩИКА	ДОЛЖНОСТЬ
ПОДПИСЬ	ДАТА

Заявители, у которых возникают вопросы, относящиеся к программе, могут обращаться в департамент здравоохранения правительства штата Нью-Джерси по следующему адресу:

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

РЕД. 12/21/2015