



## Program pomoći za negu Bolnice u Nju Džersiju

### ZAHTEV ZA UČEŠĆE

DOKAZI O IDENTIFIKACIJI, PRIHODU I SREDSTVIMA MORAJU DA BUDU PRILOŽENI UZ OVAJ ZAHTEV. POŠALJITE KOPIJE SVIH TRAŽENIH DOKUMENATA NA ADRESU: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department. NE ŠALJITE ORIGINALNA DOKUMENTA JER IH NEĆEMO VRATITI.

DEO I – Lični podaci		
1. IME PACIJENTA  (prezime) (ime) (srednje slovo)		2. BR. SOCIJALNOG OSIGURANJA
3. DATUM ZAHTEVA  mesec dan godina	4. POČETNI DATUM USLUGE  mesec dan godina	5. TRAŽENI DATUM USLUGE  mesec dan godina
6. ADRESA ULICE PACIJENTA		7. BROJ TELEFONA
8. GRAD, DRŽAVA, POŠTANSKI BROJ		9. VELIČINA PORODICE*
10. AMERIČKO DRŽAVLJANSTVO  <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Zahtev u toku		11. DOKAZ O TROMESEČNOM BORAVKU U DRŽAVI NJU DŽERSI  <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
12. IME OSOBE KOJA GARANTUJE (ukoliko nije pacijent)  (prezime) (ime) (srednje slovo)		13. DA LI PACIJENT IMA OSIGURANJE? Da ili Ne  IME KOMPANIJE ADRESA

### Podobni članovi porodice, uključujući podnosioca zahteva

Ime	Datum rođenja	Br. soc. osiguranja	Zanimanje	Mesečna plata

DEO II – Kriterijumi sredstava	
14. Individualna sredstva	
15. Porodična sredstva	
16. Sredstva uključuju	
A. Gotovinu	
B. Štedne račune	
C. Čekovne račune	
D. Potvrdu o deponovanju/I.R.A	
E. Vlasništvo u nekretninama (osim primarnog mesta stanovanja)	
F. Druga sredstva (blagajnički zapisi, prenosivi vrednosni papiri, akcije i obveznice preduzeća)	
G. Ukupno	

\*Veličina porodice uključuje samu osobu, suprugu(a) i maloletnu decu. Trudna žena se računa kao dva člana porodice.

### DEO III – Kriterijumi prihoda

Kada se određuje kvalifikovanost za pomoć za bolničku negu, prihod supruge(a) i sredstva moraju se koristiti za odraslu osobu; prihod i sredstva roditelja moraju se koristiti za maloletno dete. Uz ovaj zahtev mora da se priloži i dokaz o prihodu.

Prihod se zasniva na izračunavanju za dvanaest meseci, tri meseca ili mesec dana prihoda pre datuma obavljene usluge.

Bruto prihod pacijenta/porodice jednak je sledećem, šta god od toga da je manje:

<b>POSLEDNJIH 12 MESECI</b>	ILI	<b>POSLEDNJA 3 MESECA X 4</b>	ILI	<b>POSLEDNJIH MESEC DANA X 12</b>

#### 17. IZVORI PRIHODA

	NEDELJNO	MESEČNO	GODIŠNJE
A. Plata/nadnica pre odbitaka _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Državna pomoć _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Beneficije po osnovu socijalnog osiguranja _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Nezaposlenost i radnička kompenzacija _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Beneficije veterana _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimentacija/izdržavanje za decu _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Druga novčana pomoć _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Penzijske isplate _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Isplate po osnovu osiguranja ili anuiteta _____			
J. Dividende/kamata _____			
K. Prihod od izdavanja _____	<input type="checkbox"/>		
L. Neto prihod od biznisa (samostalno zaposlenje/potvrđeno od strane nezavisnog izvora) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Drugo (beneficije po osnovu štrajkova, stipendije za obuku, porodični iznos od vojske, prihod od imanja i kredita) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Ukupno _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## DEO IV – Potvrda podnosioca zahteva

Razumem da su informacije koje dostavljam podložne proveri od strane odgovarajuće zdravstvene ustanove i federalne ili državne vlade. Zlonamerno pogrešno predstavljanje ovih činjenica učiniće me odgovornim(om) za sve bolničke troškove i biću podložan(na) građanskim kaznama.

Ukoliko to traži zdravstvena ustanova, prijavitiću se za vladinu ili privatnu medicinsku pomoć da bih platio(la) bolnički račun.

Potvrđujem da su gorenavedeni podaci u vezi sa veličinom moje porodice, prihodom i sredstvima tačni i ispravni. Razumem da je moja odgovornost da obavestim bolnicu o bilo kakvim promenama u stanju u vezi sa mojim prihodom.

18. POTPIS PACIJENTA ILI OSOBE KOJA GARANTUJE

19. DATUM

### Program pomoći za negu Bolnice u Nju Džersiju

#### ODLUKA O ZAHTEVU ZA UČEŠĆE

#### DEO I – Podaci o podnosiocu zahteva

1. IME PACIJENTA		2. VELIČINA PORODICE	
3. DATUM USLUGE	4. DATUM ODLUKE	5. DATUM ISTEKA	
6. PRORAČUN PRIHODA	12 meseci 3 meseca	13 nedelja x 4 1 mesec x 12	7. UKUPAN PRIHOD

#### DEO II – Odluka o Medicaidu

8. DA LI JE DATA PREPORUKA ZA DRŽAVNU POMOĆ

Da

Ne

Objasnite:

\_\_\_\_\_

#### DEO III - Odluka

Vaš zahtev za dobijanje pomoći za negu Bolnice u Nju Džersiju je odobren. Vaša finansijska obaveza je \_\_\_\_\_% od bolničkog računa za usluge počevši od \_\_\_\_\_. Bolnica može da pruži pomoć od \_\_\_\_\_% bolničkih troškova za period od \_\_\_\_\_ meseci od početnog datuma usluge.

Vaš zahtev za dobijanje pomoći za negu Bolnice u Nju Džersiju je odbijen jer ne ispunjavate kriterijume za kvalifikovanost.

Posebni razlozi zbog kojih se ne kvalifikujete su sledeći:

- Nije dostavljena dokumentacija o prihodu. \*
- Nije dostavljena dokumentacija o sredstvima. \*\*
- Prihod prelazi kriterijume za kvalifikovanost.
- Sredstva prelaze kriterijume za kvalifikovanost.
- Pacijent je upućen na Medicaid
- Nije dostavljeno odbijanje Medicaida
- Drugo \_\_\_\_\_

\*Podnosioci zahteva koji se nisu kvalifikovali zbog činjenice da nisu dostavljene posebne informacije treba da upute ove informacije bolnici na adresu:

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

\*\*Podnosioci zahteva čija sredstva prelaze ona koja se kvalifikuju imaju opciju da plate udeo u troškovima za višak sredstava u korist bolničkog računa. Ako platite \_\_\_\_\_ u korist svog bolničkog računa, ostatak se može smatrati kvalifikujućim za

\_\_\_\_\_ % po Programu pomoći za negu Bolnice u Nju Džersiju.

IME PROCENJIVAČA	TITULA
POTPIS	DATUM

Podnosioci zahteva koji imaju pitanja o programu mogu da se obrate na adresu

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

Prerađeno 21.12.2015.