

Proces prijave za dobrotvornu negu/finansijsku pomoć

Možete da se prijavite za finansijsku pomoć u roku od 1 godine nakon otpuštanja iz bolnice ili prijema ambulantne nege.

Dobrotvorna nega je dostupna za stanovnike Nju Džersija koji nisu osigurani, koji imaju nedovoljno osiguranje ili koji ne ispunjavaju uslove za državne ili savezne programe.

Da biste bili kvalifikovani morate da zadovoljite kriterijume prihvatljivosti i po pitanju prihoda i po pitanju imovine.

Dobrotvorna nega obuhvata samo bolničku negu. Program ne važi za lekare ili druge pružaoce usluga koji samostalno naplaćuju za svoje usluge.

- Popunite i potpišite prijavu. (Ako ste dobili negu u više Hackensack Meridian Health bolnica, trebaćete da potpišete prijavu za svaku bolnicu u kojoj ste primili usluge.)
- Priložite kopije svih potrebnih dokumenata.
- Sva dokumentacija se zasniva na početnom datumu usluge.
- Ako imate 21 ili manje godina i redovan ste student, vaš roditelj ili staratelj mora popuniti prijavu i dostaviti neophodne prateće dokumente. Dostavite dokaz vašeg studentskog statusa i pisma o finansijskim dodelama za sadašnji i prethodne semestre.

Ako imate bilo kakvih pitanja u vezi sa prijavom ili dokumentacijom koja je potrebna za prijavu, pozovite finansijskog savetnika u bolnici u kojoj ste primili usluge.

- Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 **(551) 996-4343**
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 **(201) 854-5092**
- JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 **(732) 321-7534**

Za dole navedene bolnice nazovite broj **732-902-7080**

- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733
- Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ
- Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

Da biste nam pomogli u daljoj obradi vaše aplikacije za dobrotvornu negu dostavite samo kopije dokumenata koji su navedeni u nastavku i koji se odnose na vašu situaciju. Ako odgovarajuća dokumentacija koja je dole navedena nije dostavljena ili ako je vaša dokumentacija nepotpuna, nećemo moći obraditi vašu prijavu. Svi potrebni dokumenti se zasnivaju na vašem datumu usluge. Datum usluge znači prvi dan koji ste stvarno bili u bolnici.

Lični ID za pacijenta, supružnika, decu mlađu od 18 godina, kao i redovne studente od 21 godinu i mlađe

- Izaberite jedno od navedenog za svakog člana vaše porodice: vozačka dozvola, rodni list, kartica socijalnog osiguranja, pasoš

Kartica osiguranja

- Kopija prednje i zadnje strane kartice osiguranja

Izvodi iz banke/sredstva koja uključuju saldo na vaš datum usluge

- Tekući računi, ušteđevina, i izvodi sa računa debitne kartice
- Depoziti o vašem prijavljenom prihodu mogu zahtevati pojašnjenje
- Sadašnja dokumentacija za sve CD-ove, IRA-e, 401K-ove, akcije ili obveznice

Dokaz prihoda za jedan mesec pre datuma usluge

- Dokaz zarađenog prihoda, uključujući isplate ili potpisanu izjavu u pisanoj formi o bruto zaradi od vašeg poslodavca na poslovnom memorandumu.
- Ako ste samozaposleni, bilans uspeha potpisan od strane računovođe je neophodan zajedno sa kopijom povrata poreza za prethodnu godinu. Ako je vaš posao partnerstvo ili kooperacija, dostavite pismo od računovođe sa izvodom o vašoj nedeljnoj plati.
- Dokaz o nezarađenom prihodu, uključujući ali bez ograničenja, penziju, dečiji doplatak, alimentaciju, VA beneficije, pismo o dodeljenom socijalnom osiguranju, pisma o dodeli SSI za sve članove porodice, nezaposlenost ili državna evidencije o invaliditetu ili drugi finansijski doprinosi

Dokaz o prebivališu pre datuma usluge

- Mora prikazati adresu – NE poštanski broj
- Izaberite jedno od sledećeg: vozačka dozvola, kopija zakupnine, račun za komunalne usluge, datirana pošta s vašim imenom i adresom izdata pre datuma usluge

Potvrda pacijenta: (potpišite i stavite datum na sve što je primenljivo).

- Potvrda supružnika ako ste venčani (potpišite i stavite datum na sve što je primenljivo).

Ako nemate prihode, obezbedite priloženo pismo podrške koje je potpisala osoba sa kojom živite (koje nije supružnik) koja vam pomaže da se finansijski izdržavate.

Pošaljite prijavu i dokumente na gorenavedenu adresu gde se prijavljujete za dobrotvornu negu. (Podsetnik: dobrotvorna nega je specifična za bolnicu pa ako su usluge pružene na više lokacija, prijavu treba podneti za svaku lokaciju.)



Program pomoći za bolničku negu u Nju Džersiju
Prijava za dobrotvornu negu

Označite SVE bolnice u kojim ste primili usluge:

() HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH

() SOMC () RBMC () OBMC

DEO I – LIČNI PODACI

IME PACIJENTA (PREZIME, IME, SRED. IME)		DATUM ROĐENJA		
DATUM PRIJAVE		DATUM USLUGE		TRUDNA? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
ADRESA PACIJENTA			BROJ TELEFONA/MOBITELA ()	
GRAD, DRŽAVA, POŠTANSKI BROJ			*VELIČINA POROD.	BRAČNO STANJE
DA LI STE DRŽAVLJANIN/KA SAD-a? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE ZAKONSKI STANOVNIK OD: _____		DA LI STE STANOVNIK/CA NJU DŽERSIJA? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
IME GARANTA (ako to nije pacijent)		POKRIĆE OSIGURANJA: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE OSIGURAVAJUĆE DRUŠTVO _____ BR. POLISE:		
OSTALI ČLANOVI PORODICE	SRODSTVO	DATUM ROĐENJA	TRUDNA? D/N	POKRIĆE OSIGURANJA? D/N
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

DEO II- KRITERIJUMI IMOVINE

IMOVINA UKLJUČUJE:

- A. Štedni računi _____
- B. Tekući računi _____
- C. Depozitni sertifikati / IRA _____
- D. Kapital u nekretninama (osim primarnog prebivališta) _____
- E. Ostala imovina, 401K, akcije i obveznice _____
- F. UKUPNO _____

DEO III- KRITERIJUMI PRIHODA

Prilikom utvrđivanja prihvatljivosti za pomoć u bolničkoj nezi treba da se koriste prihodi pacijenta i ako je primenljivo prihodi supružnika. Prihodi roditelja se moraju koristiti za maloletno dete. Dokaz prihoda mora biti priložen uz ovu prijavu. Prihod je zasnovan na kalkulaciji od dvanaest meseci, tri meseca, jedan mesec ili jedna nedelja pre datuma usluge.

NAZIV POSLODAVCA: _____

UKUPAN PRIHOD
USD

IZVORI PRIHODA:

Nedeljno Mesečno Godišnje

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Plata / zarade pre odbitaka _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Javna pomoć _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Socijalno osiguranje/Beneficije za invalid. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Nezaposlenost i naknada za radnike _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Boračke beneficije _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Alimentacija / izdržavanje dece _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Druga novčana podrška _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Isplate penzija _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Osiguranje ili anuitetna plaćanja _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Dividende / kamate _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Prihodi od zakupnine _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Neto poslovni prihod _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Ostalo (štrajkačke beneficije, stipendiranja za obuku, vojna raspodela za porodice, imanja ili fond) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ostali izvori prihoda: _____ | | | |

DEO IV – POTVRĐUJE PODNOSILAC ZAHTEVA

Razumem da informacije koje šaljem podležu verifikaciji od strane odgovarajuće ustanove za zdravstvenu negu i savezne ili državne vlade. Namerno lažno predstavljanje ovih činjenica će učiniti da budem odgovoran/a za sve bolničke optužbe koje podležu građanskim kaznama.

Ako ustanova za zdravstvenu negu to zahteva, podnet ću zahtev za državnu ili privatnu medicinsku pomoć za plaćanje bolničkog računa.

Potvrđujem da su gorenavedene informacije po pitanju mog porodičnog statusa, prihoda i imovine istinite i tačne.

Razumem da je moja odgovornost da obavestim bolnicu o bilo kakvoj promeni statusa u vezi sa mojim prihodima i imovinom.

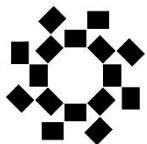
POTPIS PACIJENTA ILI STARATELJA**DATUM**

SAMO ZA KANCELARIJSKU UPOTREBU: Odgovornost Bez pokrića osiguranja _____ %

Pokriće nakon osiguranja _____ %

DATUM ODOBRAVANJA: _____ Na snazi: _____ Završava: _____

Potpis evaluatora: _____



POTVRDA PACIJENTA

POTPISITE U NASTAVKU SVE ŠTO SE MOŽE ODNOSITI NA VAŠU SITUACIJU:

1. Potvrđujem da od _____ NISAM imao/la nikakve prihode.
DATUM

(Pacijent / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

2. Potvrđujem da NEMAM IMOVINU (računi u banci, CD-ovi itd.) preko sebe ili bilo koje druge strane.

(Pacijent / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

3. Potvrđujem da sam BESKUĆNIK i da sam BESKUĆNIK od _____

(Pacijent / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

4. Potvrđujem da NEMAM MEDICINSKO POKRIĆE preko sebe ili bilo koje druge strane da pokrijem neplaćeni iznos mojih računa.

(Pacijent / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

POTVRDU O PREBIVALIŠTU MORA POTPISATI PACIJENT/ODGOVORNA STRANA

5. POTVRĐUJEM DA SAM SADA/DA SAM RANIJE BIO/BILA STANOVNIK/CA NJU DŽERSIJA U VREME KADA SU USLUGE PRIMLJENE I da NAMERAVAM OSTATI STANOVNIK/CA NJU DŽERSIJA.

(Pacijent / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

6. POTVRĐUJEM DA SU SVE INFORMACIJE KOJE SU DATE U OVOJ POTVRDI ISTINITE, POTPUNE I TAČNE PREMA MOM NAJBOLJEM SAZNANJU.

(Pacijent / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

Recenzent



POTVRDA SUPRUŽNIKA

U NASTAVKU POTPIŠITE SAMO ONO ŠTO SE MOŽE ODNOSITI NA VAŠU SITUACIJU:

1. Potvrđujem da od _____ NISAM imao/la nikakve prihode.
DATUM

(Supružnik / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

2. Potvrđujem da NEMAM IMOVINU (nalozi u banci, CD-ovi itd.) preko sebe ili bilo koje druge strane.

(Supružnik / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

3. Potvrđujem da sam BESKUĆNIK i da sam BESKUĆNIK od _____

(Supružnik / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

4. Potvrđujem da NEMAM MEDICINSKO POKRIĆE preko sebe ili bilo koje druge strane da pokrijem neplaćeni iznos mojih računa.

(Supružnik / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

POTVRDU O PREBIVALIŠTU MORA POTPISATI PACIJENT/ODGOVORNA STRANA

5. POTVRĐUJEM DA SAM SADA/DA SAM RANIJE BIO/BILA STANOVNIK/CA NJU DŽERSIJA U VREME KADA SU USLUGE PRIMLJENE I da NAMERAVAM OSTATI STANOVNIK/CA NJU DŽERSIJA.

(Supružnik / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

6. POTVRĐUJEM DA SU SVE INFORMACIJE KOJE SU DATE U OVOJ POTVRDI ISTINITE, POTPUNE I TAČNE PREMA MOM NAJBOLJEM SAZNAJEM.

(Supružnik / odgovorna strana)

Srodstvo

DATUM

Recenzent



PISMO PODRŠKE

PACIJENT: _____

DATUM: _____

DATUM ROĐENJA: _____

INICIJALNI DATUM USLUGE: _____

TREBA DA POPUNI OSOBA KOJA PRUŽA PODRŠKU PACIJENTU. NE UKLJUČUJE SUPRUŽNIKA KOJI ŽIVI SA VAMA.

Potvrđujem da su gorenavedene informacije istinite i tačne. U potpunosti razumem da davanje lažnih informacija ili propust da se daju potpune informacije koje se traže može predstavljati osnov za prevaru i Hackensack Meridian Health može preduzeti bilo koju odgovarajuću pravnu radnju. Dalje, razumem da ću ja lično biti odgovoran/a ako su informacije falsifikovane, nepotpune ili obmanjujuće na bilo koji način.

Označite u nastavku sve što je primenljivo:

- Gore imenovana osoba živi sa mnom, i živi od **(datum):** _____
- Gore imenovana osoba je bila stanovnik Nju Džersija (N. Dž.) u vreme usluge, nema prebivalište u bilo kojoj drugoj državi ili zemlji i namerava da ostane u državi N. Dž.
- Gore imenovana osoba nema pokriće bilo kakvim tipom medicinskog osiguranja uključujući Medicaid ili Medicare.
- Gore imenovana osoba je nezaposlena u ovo vreme i bila je nezaposlena najmanje jedan mesec pre datuma usluge koji je gore naznačen.
- Gore imenovana osoba ne prima beneficije za nezaposlenost ili bilo koje druge vrste beneficija (invalidnost, SSI, socijalna pomoć, itd.)
- Za gore imenovanu osobu obezbeđujem hranu i utočište.
- Obezbeđujem gotovinu u iznosu od _____ USD mesečno za gore imenovanu osobu.
- Gore imenovana osoba ne živi sa mnom ali joj ja obezbeđujem podršku u sledećoj formi:

Vaše srodstvo sa gore imenovanom osobom

Potpis

Adresa: _____

(Grad)

(Država)

(Poštanski broj)

Broj telefona: _____