



Programma Assistenza Pagamento Cure Ospedaliere New Jersey
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

PROVA D'IDENTITÀ, PROVA DI REDDITO E PROVA DI PATRIMONIO DEVONO ESSERE A CORREDO DELLA DOMANDA.
INVIARE COPIE DI TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI. NON INVIARE DOCUMENTI ORIGINALI, PERCHÉ NON VENGONO
RESTITUITI.

SEZIONE I – Dati personali

1. NOME DEL PAZIENTE		NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE
_____ (Cognome) _____ (Nome) _____ (Iniziale del secondo nome)		_____ - _____ - _____
3. DATA DELLA DOMANDA	4. DATA DI INIZIO SERVIZIO	5. DATA DI SERVIZIO RICHIESTA
____ / ____ / ____ Mese Giorno Anno	____ / ____ / ____ Mese Giorno Anno	____ / ____ / ____ Mese Giorno Anno
6. INDIRIZZO POSTALE DEL PAZIENTE		7. NUMERO DI TELEFONO
_____		() -
8. CITTÀ, STATO, CODICE POSTALE		9. DIMENSIONI DELLA FAMIGLIA *
_____		_____
10. CITTADINANZA USA	11. PROVA DI RESIDENZA DI 3 MESI NELLO STATO DEL NEW JERSEY	
Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Domanda in corso <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
12. NOME DEL GARANTE (se diverso dal paziente)	13. IL PZ HA PIÙ DI 65 ANNI?	
_____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CWF Incluso	
14. IL PZ HA COPERTURA ASSICURATIVA? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

SEZIONE II – Criteri Patrimoniali (riservato all'ufficio)

15. Patrimonio Individuale: _____

16. Patrimonio Familiare: _____

17. Il patrimonio include:

A. Liquidità _____

B. Libretti di risparmio _____

C. Conti correnti _____

D. Certificati di Deposito / Conti Pensionistici Individuali (I.R.A.) _____

E. Capitale in Proprietà Immobiliari (oltre alla casa di residenza) _____

F. Altri Cespiti (buoni del tesoro, titoli di credito, azioni e obbligazioni) _____

G. Totale \$ 0.00 _____

* Nelle dimensioni della famiglia includere se stessi, il coniuge e i figli minori.
Una donna incinta vale come due componenti della famiglia.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE (segue)

SEZIONE III – Criteri di reddito

Quando si stabilisce l' idoneità all' assistenza ospedaliera, per un adulto occorre usare il reddito e il patrimonio di un coniuge; per un minore occorre usare il reddito e il patrimonio di un genitore. A corredo di questa domanda deve esserci la prova del reddito.

Il reddito si basa sia sul calcolo di 12 mesi, che di tre mesi o di un mese di reddito prima della data di servizio.

Il reddito lordo del paziente/della famiglia corrisponde al minore dei seguenti:

Ultimi 12 mesi	o	Ultimi 3 mesi X4	o	Ultimo mese X12

18. FONTI DI REDDITO

		Settimanale	Mensile	Annuale
A. Stipendio/paga al lordo delle trattenute	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Assistenza Pubblica	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Benefici dalla Previdenza Sociale	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Disoccupazione e Retribuzione Lavoratori	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Benefici Combattenti in Congedo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimenti/Mantenimento Figli	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Il loro sostegno Monetario	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagamenti di Pensione	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Assicurazione o Cedole a Maturazione Annuale	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendi/Interessi	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Entrate da Affitto	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Reddito Netto da Attività Commerciale (lavoratore autonomo/confermato da fonte indipendente)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Altro (sussidi a scioperante, stipendio di tirocinante, sussidi a famiglia di militare, reddito da proprietà fondiaria e fondazioni)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Totale	\$ 0.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE IV – Certificazione del Richiedente

Prendo atto del fatto che le informazioni da me rilasciate sono passibili di verifica dall' opportuna struttura sanitaria e dalle Autorità Federali o Statali. La dichiarazione falsa volontaria di questi fatti mi renderà responsabile di tutte le spese ospedaliere, esponendomi ad ammende civili.

Se richiesto dalla casa di cura, presenterò domanda di assistenza pubblica o privata a copertura del conto ospedaliero.

Certifico la verità e precisione delle informazioni sopra riportate a riguardo delle dimensioni, reddito e patrimonio della famiglia.

Prendo atto del fatto che spetta a me avvisare l'ospedale riguardo ai cambiamenti di stato in merito al mio reddito o patrimonio.

19. Firma del Paziente o del Garante

20. Data

Attestato Principale del Paziente

Nome del Paziente: _____ Numero di Conto _____

Data del Servizio: _____ Indirizzo: _____

Apporre le iniziali

_____ Io e/o il mio coniuge attestiamo di non avere reddito e di non averlo avuto da ___/___/___ a
___/___/___

_____ Io e/o il mio coniuge attestiamo di non avere beni patrimoniali come indicato nella domanda di cure in
beneficienza.

_____ Io e/o il mio coniuge attestiamo di essere senza dimora e di esserlo stati fin dal giorno ___/___/___

_____ Io e/o il mio coniuge attestiamo di non avere assicurazione sanitaria a copertura dell'importo non
saldato per le mie cure ospedaliere.

_____ Attesto che mi chiamo _____. Non posso fornire prova di
identità perché: _____

(Spiegare la
ragione)

_____ Io e/o il mio coniuge attestiamo di avere un reddito. Il nostro reddito lordo/liquido è \$_____ e veniamo
pagati con _____ frequenza
frequenza

_____ Io e/o il mio coniuge attestiamo che ho beni alla data del servizio di cui sopra per l'importo di \$_____

_____ Io e/o il mio coniuge attestiamo che sono residente del New Jersey e che intendo conservare la residenza
nel New Jersey.

Residente in: _____

_____ Attesto di non aver fatto e di non intendere fare richiesta a terzi per ottenere il pagamento, in totale o in
parte, per i servizi medici a cui fa riferimento questa domanda (comprese, senza limiti, domande per
assenza di colpa, remunerazione di lavoratore, proprietari di casa, benefici per automobilista con
copertura assicurativa scarsa o carente e rivendicazioni per illecito). Comprendo e accetto che, se una
delle summenzionate richieste viene presentata, Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical
Center ha facoltà di revocare le cure in beneficienza e chiedermi il pagamento di tutte le spese. Accetto
anche di avvisare Hackensack Meridian Health
Pascack Valley Medical Center allorquando viene presentata una richiesta.

Firma del Paziente

Nome in Sftampatello

Data