

**New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program
- kórházi ellátásra szóló pénzügyi támogatási program
JELENTKEZŐLAP**

A JELENTKEZŐLAPHOZ SZEMÉLYAZONOSSÁGI IGAZOLVÁNY, JÖVEDELEMIGAZOLÁS ÉS VAGYONKIMUTATÁS SZÜKSÉGES. KÜLDJÖN MÁSOLATOT MINDEN KÉRT DOKUMENTUMRÓL. NE KÜLDJÖN EREDETI DOKUMENTUMOKAT, MERT AZOKAT NEM KÜLDJÜK VISSZA.

I. RÉSZ – Személyes adatok

1. BETEG NEVE		TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI AZONOSÍTÓSZÁM
_____ (Vezetéknév) _____ (Keresztnév) _____ (Második keresztnév kezdőbetűje)		_____ - _____ - _____
3. JELENTKEZÉS DÁTUMA	4. ELLÁTÁS KEZDETÉNEK DÁTUMA	5. ELLÁTÁS KÉRELMEZETT DÁTUMA
____ / ____ / ____ év / hónap / nap	____ / ____ / ____ év / hónap / nap	____ / ____ / ____ év / hónap / nap
6. BETEG LAKCÍME (UTCA, HÁZSZÁM)		7. TELEFONSZÁM
_____		() - _____
8. VÁROS, ÁLLAM, IRÁNYÍTÓSZÁM		9. CSALÁDTAGOK SZÁMA *
_____		_____
10. AMERIKAI ÁLLAMPOLGÁR		11. BIZONYLAT A NEW JERSEY ÁLLAMBAN VALÓ 3 HÓNAPOS TARTÓZKODÁSRÓL
<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Függetlenül lévő kérelem		<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
12. KEZES NEVE (Ha az nem a beteg)		13. 65 ÉVESNÉL IDŐSEBB BETEG?
_____		<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> CWF beleszámítva
14. VAN A BETEGNEK BIZTOSÍTÁSA? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem		

II. RÉSZ – Vagyon (irodai használatra)

15. Személyes vagyon:

16. Családi vagyon:

17. Vagyonba tartozik:

- A. Készpénz
- B. Takarékbetét
- C. Folyószámla
- D. Betéti igazolások / Magán-nyugdíj
- E. Ingatlan befektetés (kivéve az elsődleges lakóhelyet)
- F. Egyéb vagyontárgyak (kincstárjegyek, forgatható értékpapírok, vállalati kötvények és részvények)
- G. Összesen \$ 0.00

* A családtagok közé tartozik Ön, házastársa és minden kiskorú gyermek. A várandós nőket két személyként kell számolni.

JELENTKEZŐLAP (Folytatás)

III. RÉSZ – Jövedelem

A kórházi ellátás támogatására való jogosultság meghatározásánál felnőttek esetén a házastárs jövedelmét és vagyonát, kiskorú gyermek esetén a szülő jövedelmét és vagyonát kell számításba venni. A jelentkezőlaphoz csatolni kell a jövedelmi kimutatást.

A jövedelem meghatározása a szolgáltatás dátumát megelőző tizenkét, három vagy egy hónap alapján történik.

A Beteg / Család bruttó jövedelme a következők közül a legkisebb összeg:

Az elmúlt 12 hónapban	vagy	Az elmúlt 3 hónapban X4	vagy	Az elmúlt 1 hónapban X12

18. JÖVEDELEMFORRÁSOK

	Heti	Havi	Évi
A. Fizetés / Munkabér a levonások előtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Szociális segély	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Társadalombiztosítási juttatások	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Munkánélküli segély és munkavállalói kártérítések	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Veteránoknak járó juttatások	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tartásdíj / Gyerektartásdíj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Anyagi támogatás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Nyugdíj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Biztosítási vagy évjáradék	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Osztalékok / Kamat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Bérleti jövedelem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Nettó üzleti jövedelem (magánvállalkozó / független forrás által igazolt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Egyéb (sztrájk segély, oktatási ösztöndíjak, kiutalás katonacsaládoknak, tőkéből és beruházásokból származó jövedelem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Összesen			\$ 0.00

IV. RÉSZ – Jelentkező tanúsítványa

Tudomásul veszem, hogy az általam megadott információt az illetékes egészségügyi intézmény és a szövetségi vagy állami kormányzat ellenőrizheti. A tények szándékos meghamisítása minden kórházi költségért felelőssé tesz és büntetőjogi szankciókat vonhat maga után.

Ha az egészségügyi intézmény úgy kívánja, kormányzati vagy magán-egészségügyi támogatást fogok kérelmezni kórházi számlám kifizetéséhez.

Igazolom, hogy a családtagjaim számára, jövedelmemre és vagyonomra vonatkozó fenti információ igaz és pontos.

Tudomásul veszem, hogy az én felelősségem a kórházat a jövedelmemmel vagy vagyonommal kapcsolatos bármilyen változásról értesíteni.

19. Beteg vagy kezes aláírása

20. Dátum

A beteg elsődleges igazolása

Beteg neve: _____

Számlaszáma: _____

Ellátás dátuma: _____

Cím: _____

Kérjük írja ide nevének kezdőbetűit

_____ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy nem volt jövedelmünk _____ / _____ / _____ és _____ / _____ / _____ között.

_____ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy mint azt a jótékonyági ellátás jelentkezőlapon leírtuk, nem rendelkezem vagyonnal.

_____ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy _____ / _____ / _____ óta hajléktalan vagyok .

_____ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy nem rendelkezünk egészségügyi biztosítással, amely fedezné a kórházi ellátásomért járó, fennmaradó összeget.

_____ Kijelentem, hogy nevem _____ . Nem tudom igazolni

személyazonosságomat, mert: _____

(ok)

_____ Én és/vagy a házastársam tanúsítjuk, hogy rendelkezünk jövedelemmel. Bruttó/készpénz jövedelmünk _____ USD és _____ gyakoriság időközönként kapunk fizetést.

_____ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy az ellátás időpontjában vagyonom értéke _____ USD.

_____ Én és/vagy a házastársam kijelentjük, hogy New Jersey lakosa vagyok és a továbbiakban is New Jersey-ben kívánok maradni.

Lakóhelyem: _____

_____ Tanúsítom, hogy nem követeltem és a jövőben sem fogok kártérítést követelni semmilyen harmadik féllel szemben, melyben az fenti kérelem tárgyát képező ellátás teljes, vagy részleges megfizetését kérem (beleértve, korlátozás nélkül, objektív vétkességi kártérítést, munkavállalói kártérítést, lakástulajdonosi biztosítást, alulbiztosított vagy nem biztosított gépkocsivezetőre szóló biztosítást és kártérítési követelést). Tudomásul veszem és beleegyezem, hogy ha bármilyen kártérítés-követelésre kerül sor, a Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center visszavonhatja jótékonyági ellátását és kérheti tőlem az összes díj megfizetését. Továbbá beleegyezem, hogy értesítem a Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Centert, ha követelést nyújtok be.

Beteg aláírása

Név nyomtatott betűkkel

Dátum