

**New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program
ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ**

К ДАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ НЕОБХОДИМО ПРИЛОЖИТЬ ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ЛИЧНОСТЬ, ДОХОД И НАЛИЧИЕ АКТИВОВ. СЛЕДУЕТ ОТПРАВЛЯТЬ КОПИИ ВСЕХ НЕОБХОДИМЫХ ДОКУМЕНТОВ. НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ОРИГИНАЛЫ ДОКУМЕНТОВ, ПОСКОЛЬКУ ОНИ НЕ БУДУТ ВОЗВРАЩЕНЫ.

РАЗДЕЛ I. Персональные данные.

1. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА		НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
_____ (Фамилия)	_____ (Имя)	_____ (Инициалы отчества)
3. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ	4. ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ	5. ЗАПРАШИВАЕМАЯ ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ
____/____/____ Месяц / День / Год	____/____/____ Месяц / День / Год	____/____/____ Месяц / День / Год
6. АДРЕС ПАЦИЕНТА		7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА
8. ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		9. РАЗМЕР СЕМЬИ *
10. НАЛИЧИЕ ГРАЖДАНСТВА США		11. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ТРЕХМЕСЯЧНОГО ПРОЖИВАНИЯ В ШТАТЕ НЬЮ-ДЖЕРСИ
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Заявление ожидает рассмотрения		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОРУЧИТЕЛЯ (если это не пациент)	13. ПАЦИЕНТ СТАРШЕ 65 ЛЕТ?	
_____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> CWF прилагается	
14. У ПАЦИЕНТА ЕСТЬ СТРАХОВКА? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

РАЗДЕЛ II. Активы.

15. Личные активы: _____

16. Семейные активы: _____

17. Состав активов:

A. Наличные	_____
B. Сберегательные счета	_____
C. Текущие счета	_____
D. Депозитные сертификаты/ индивид. пенс. счета	_____
E. Собственный капитал в виде недвижимого имущества (кроме основного места жительства)	_____
F. Другие активы (казначейские векселя, векселя, свободно обращающиеся ценные бумаги, корпоративные акции и облигации)	_____
G. Итого	_____

* В состав семьи входите вы сами, супруг/супруга и несовершеннолетние дети. Беременная женщина учитывается как два члена семьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ (продолжение)

РАЗДЕЛ III. Доходы.

При определении соответствия требованиям для получения помощи по оплате больничного обслуживания к доходам взрослого относятся доход и активы супруга(и), а к доходам несовершеннолетнего ребенка — доход и активы родителя. К данному заявлению необходимо приложить подтверждающие доход документы.

Доход рассчитывается за 12 месяцев, за 3 месяца или за 1 месяц до даты обслуживания.

Валовой доход пациента или семьи равен наименьшему из указанного ниже.

Доход за последние 12 месяцев	Доход за последние 3 месяца X4	Доход за последний месяц X12	Доход за последний месяц X13

18. ИСТОЧНИКИ ДОХОДА

		В неделю	В месяц	В год
A. Заработная плата до всех вычетов	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Государственная помощь	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Пособия по социальному обеспечению	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Пособие по безработице/нетрудоспособности	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Ветеранские льготы	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Алименты/ пособие на ребенка	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Денежная помощь	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Пенсионные выплаты	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Страховые или аннуитетные выплаты	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Дивиденды/проценты	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Доход от аренды	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Чистая прибыль (для самозанятых/ подтвержденная независимыми источниками)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Другие источники (пособия бастующим, стипендии на обучение, выплаты семьям военнослужащих, доход от недвижимости и трастов)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Итого	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Раздел IV. Подтверждение заявителя.

Я понимаю, что предоставленная мной информация подлежит проверке со стороны соответствующего медицинского учреждения и федерального правительства или правительства штата. Намеренное искажение фактов повлечет за собой выплату мной всех больничных расходов, а также гражданско-правовые меры ответственности.

По запросу медицинского учреждения я обязуюсь подать заявление на получение государственной или частной помощи по оплате больничных медицинских услуг.

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация о размере семьи, доходе и активах является верной и точной.

Я понимаю, что обязан(-а) сообщать в больницу о любых изменениях своего дохода или активов.

19. Подпись пациента или поручителя

20. Дата

Первичное подтверждение пациента

Имя и фамилия пациента: _____ Номер счета: _____

Дата обслуживания: _____

Укажите инициалы.

____ Я и (или) мой (моя) супруг (супруга) подтверждаю (подтверждаем), что у меня/нас нет дохода сейчас и не было дохода с ___/___/___ г. по ___/___/___ г.

____ Я и (или) мой (моя) супруг (супруга) подтверждаю (подтверждаем), что у меня нет активов, как указано в заявлении на получение благотворительной помощи.

____ Я и (или) мой (моя) супруг (супруга) подтверждаю (подтверждаем), что у меня нет постоянного места жительства с ___/___/___ г.

____ Я подтверждаю, что у меня не было медицинской страховки на момент поступления в больницу.

____ Я подтверждаю, что меня зовут _____. Я не могу предоставить удостоверение личности по следующей причине: _____
(укажите причину)

____ Я и (или) мой (моя) супруг (супруга) подтверждаю (подтверждаем), что у меня/нас есть доход. Наш валовой / денежный доход составляет _____ долл. США в _____
частота

____ Я и (или) мой (моя) супруг (супруга) подтверждаю (подтверждаем), что на указанную выше дату обслуживания у меня есть активы на сумму _____ долл. США.

____ Я и (или) мой (моя) супруг (супруга) подтверждаю (подтверждаем), что я проживаю в штате Нью-Джерси и собираюсь проживать в нем и дальше.

____ Я подтверждаю, что не предъявлял(-а) и не собираюсь предъявлять к третьим лицам требования о полной или частичной оплате медицинских услуг, к которым относится данное заявление (включая, помимо прочего, требования о выплате независимо от вины, требования о выплате пособия по нетрудоспособности, требования о выплате домовладельцам, требования о выплате страховых льгот для незастрахованных или недостаточно застрахованных автомобилистов и деликтные иски). Я понимаю и соглашаюсь с тем, что если такие требования будут предъявлены, компания Jefferson Health может отменить благотворительную помощь и потребовать от меня оплаты всех расходов. Я также соглашаюсь уведомлять компанию Jefferson Health о предъявлении таких требований.

Подпись пациента

Ф. И. О. (печатными буквами)

Дата

Подтверждение исключений из программы New Jersey Hospital Assistance Program

Я, _____, получил(-а) информацию о том, что программа New Jersey Hospital Assistance Program (NJHAP) предназначена только для оплаты счетов Jefferson Health.

Я понимаю, что могу нести ответственность за оплату услуг частных врачей, связанных с моим медицинским обслуживанием. Врачи отделения неотложной помощи, врачи, дающие заключения по результатам обследований (например радиологи, патологи и кардиологи), анестезиологи и другие лечащие врачи не обязаны предоставлять скидку по программе NJHAP.

Я также понимаю, что мне придется отдельно договариваться об оплате услуг всех врачей, занимающихся моим обслуживанием и интерпретацией предоставляемых услуг, напрямую с соответствующим медицинским учреждением или биллинговой компанией.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА

ДАТА