

New Jersey Hospital Assistance Program
Контрольный список требуемой документации

Предоставьте перечисленные ниже документы:

- I. Удостоверение личности (пациента/поручителя, супруга/супруги и детей)**
- A. Действительные водительские права -ИЛИ-
 - B. Свидетельство о рождении -ИЛИ-
 - C. Карточка социального страхования -ИЛИ-
 - D. Паспорт
- II. Подтверждение проживания в штате Нью-Джерси, датированное или действительное на момент обслуживания**
- A. Договор дарения или аренды недвижимости в штате Нью-Джерси -ИЛИ-
 - B. Водительские права штата Нью-Джерси -ИЛИ-
 - C. Письмо в конверте с почтовым штемпелем -ИЛИ-
 - D. Счет за коммунальные услуги
- III. Подтверждение дохода, датированное на момент обслуживания в больнице**
- A. Квитанции о начислении заработной платы с указанием работодателя за следующий период.
 - 1. За предыдущие 12 месяцев -ИЛИ-
 - 2. За предыдущие 3 месяца -ИЛИ-
 - 3. За предыдущий месяц -ИЛИ-
 - B. Другие документы (если применимо).
 - 1. Письмо от работодателя на фирменном бланке с указанием заработной платы до удержания налогов
 - 2. Письмо о назначении социального пособия
 - 3. Подтверждение получения ежемесячной пенсии, пособия на ребенка, алиментов и т. д.
 - 4. Подтверждение дохода супруга/супруги или детей
 - 5. Подтверждение отсутствия работы
 - 6. Отчет о прибылях и убытках за предыдущие 3 месяца и налоговая декларация за предыдущие годы
- IV. Подтверждение наличия активов, датированное на момент обслуживания в больнице**
- A. Подписанное письмо из банка или кредитного союза (на фирменном бланке) с указанием точной суммы на всех счетах
 - B. Выписка по сберегательным счетам
 - C. Выписка по текущим счетам
 - D. Выписка по индивидуальным пенсионным счетам
 - E. Справка о наличии депозитов, облигаций, акций, формы 401(k), 403b, и т. д.
 - F. Справка о денежной стоимости срочного страхования жизни
 - G. PayPal, Venmo и т. д.
- V. Письменный отказ от каких-либо или всех программ государственной помощи (если применимо)**
- VI. Спонсорское письмо (письма) для пациента, не имеющего дохода**

Заявления в программу New Jersey Hospital Assistance Program принимаются в отделе регистрации с понедельника по пятницу с 8:30 до 16:00. Предварительная запись не обязательна, но желательна. Вы можете записаться на прием в удобном для вас отделении, независимо от того, где было предоставлено обслуживание.

Чтобы записаться на прием или задать вопрос, звоните по телефонам:

Washington Twp. ----- 833-958-2198
Stratford ----- 833-958-2198
Cherry Hill ----- 833-958-2198

Дата приема _____ Время приема _____