



תהליך הגשת בקשה לטיפול צדקה/סיוע כלכלי

אתה יכול להגיש בקשה לסיוע כלכלי תוך שנה לאחר שחרור מבית החולים או קבלת טיפול חוץ.

Charity Care (טיפול צדקה) זמין לתושבי ניו ג'רזי שאינם מבוטחים, שהביטוח שלהם כולל כיסוי לא מספק או שאינם זכאים לתוכניות מדינתיות ופדרליות.

כדי להיות זכאי עליך לעמוד בקריטריונים לזכאות בכל הנוגע להכנסה ולנכסים.

Charity Care מכסה טיפול בבתי חולים בלבד. התוכנית אינה חלה על רופאים או ספקים אחרים המחייבים באופן עצמאי עבור שירותיהם.

- נא למלא ולחתום על הבקשה. (אם קיבלת טיפול במספר בתי חולים של Hackensack Meridian Health, תצטרך לחתום על בקשה עבור כל בית חולים שבו קיבלת שירות).

- יש לצרף עותקים לכל המסמכים הנדרשים.

- כל התייעוד מבוסס על תאריך השירות הראשוני.

- אם אתה בן 21 ומטה ואתה סטודנט במשרה מלאה, אז על ההורה או האפוטרופוס שלך למלא את הבקשה ולספק את המסמכים התומכים הדרושים. אלא ספק הוכחה למעמדך כסטודנט ומכתבים בנוגע למענקים כספיים עבור הסמסטרים הנוכחיים והקודמים.

אם יש לך שאלות כלשהן לגבי הבקשה או התייעוד הנדרש להגשת בקשה, אנא התקשר ליועץ פיננסי בבית החולים שבו קיבלת את השירות.

- 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

- FK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 (732) 321-7534

עבור בתי החולים הבאים, נא להתקשר למספר **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

כדי לסייע לנו עוד יותר לטפל בבקשתך לקבל טיפול Charity Care, אנא ספק רק עותקים של המסמכים המפורטים להלן החלים על מצבך. אם אחד מהמסמכים הנדרשים המפורטים להלן לא מסופק או שהבקשה שלך אינה שלמה, לא נוכל לטפל בבקשתך. כל המסמכים הנדרשים מבוססים על תאריך השירות שלך. תאריך השירות הוא היום הראשון שהיית בפועל בבית החולים.

תעודה מזהה אישית למטופל, בן/בת זוג, ילדים מתחת לגיל 18 וסטודנטים במשרה מלאה במכללה בני 21 ומטה

- בחר אחד עבור כל אחד מבני המשפחה שלך: רישיון נהיגה, תעודת לידה, תעודת ביטוח לאומי, דרכון

כרטיסי ביטוח

- העתק את החלק הקדמי והאחורי של תעודת הביטוח

דפי חשבון בנק/ הצהרות נכסים הכוללים את היתרה בתאריך השירות שלך

- הצהרות של חשבון עו"ש, חיסכון וכרטיס חיוב מידי
- ייתכן ותידרש לספק הסברים לגבי הפקדות מעבר להכנסה שלך
- תיעוד עדכני עבור כל CD, IRA, 401K מניות או איגרות חוב

הוכחת הכנסה עבור החודש הקודם למועד השירות

- הוכחת הכנסה שנצברה, כולל תלושי שכר או הצהרה חתומה בכתב על רווחים ברוטו מהמעסיק שלך על נייר מכתבים עסקי
- אם אתה עצמאי, נדרש דוח רווח והפסד חתום על ידי רואה חשבון ביחד עם עותק של החזר המס לשנה הקודמת. אם העסק שלך הוא שותפות או תאגיד, ספק מכתב מרואה חשבון עם משיכת השכר השבועית שלך.
- הוכחה להכנסה שלא מהעבודה, לרבות אך לא רק, קצבת פרישה, דמי מזונות ילדים, דמי מזונות, הטבות חיילים משוחררים, מכתב על קבלת מענק כספי מביטוח לאומי, מכתבים על קבלת כספים מביטוח לאומי לכל בני המשפחה, אבטלה או קצבת אובדן כושר עבודה ממלכתי או תרומות כספיות אחרות

הוכחת מגורים לפני תאריך השירות

- חייב להציג כתובת רחוב - לא תיבת דואר
- אנא בחר אחת מהאפשרויות הבאות: רישיון נהיגה, עותק של חוזה שכירות, חשבון חשמל, דואר מתוארך עם שמך וכתובתך שהונפקו לפני תאריך השירות

הצהרה בשבועה של המטופל : (לחתום ולתארך את כל מה שרלוונטי).

- הצהרה בשבועה של בן/בת הזוג אם נשוי (לחתום ולתארך את כל מה שרלוונטי).

אם אין לך הכנסה, דאג שהאדם שאיתו אתה מתגורר (מלבד בן/בת זוג) שעוזר לתמוך בך כלכלית יחתום על מכתב התמיכה המצורף.

אנא שלח את הבקשה והמסמכים שלך לכתובת למעלה שבה אתה מגיש את הבקשה לטיפול צדקה. (תזכורת: טיפול צדקה הוא ספציפי לבית חולים, ולכן אם השירותים ניתנו במספר בתי חולים, יש להגיש בקשה לכל בית חולים).



תוכנית הסייע לטיפול בבית החולים בניו ג'רזי
בקשה לטיפול בצדקה

ממן את כל בתי החולים שבהם קיבלת שירותים:

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

() SOMC () RBMC () OBMC

סעיף I - מידע אישי

| | | | | |
|--|---------------|--|-------------|-----------------|
| תאריך לידה | | שם המטופל (שם משפחה, שם פרטי, שם אמצעי) | | |
| תאריך הגשת הבקשה | תאריך השירות | בהריון? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | |
| מספר טלפון/נייד () | | כתובת הרחוב של המטופל | | |
| עיר, מדינה, מיקוד | | גודל המשפחה* | מנצב משפחתי | |
| האם אתה תושב ניו ג'רזי? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | האם אתה אזרח ארה"ב? תושב חוקי מאז: _____ כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> | | |
| שם הערב (אם אינו מטופל) | | כיסוי ביטוחי: כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פוליסת חברת ביטוח #: _____ | | |
| כיסוי ביטוחי? כן/לא | בהריון? כן/לא | תאריך לידה | קרבה | בני משפחה אחרים |
| | | | | 1. |
| | | | | 2. |
| | | | | 3. |
| | | | | 4. |
| | | | | 5. |
| | | | | 6. |

סעיף II - קריטריונים לנכסים

| | |
|----------------|--|
| הנכסים כוללים: | |
| _____ | א. חשבונות חיסכון |
| _____ | ב. חשבונות עובר ושב |
| _____ | ג. אישור הפקדה / IRA |
| _____ | ד. הון עצמי בנדל"ן (מלבד תושבות ראשונית) |
| _____ | ה. נכסים אחרים, 401K, מניות ואיגרות חוב |
| _____ | ו. סך הכול |

* גודל משפחה כולל את האדם עצמו, בן/בת זוג וכל ילדים קטינים. אישה בהריון נספרת כשני בני משפחה.

סעיף III - קריטריוני הכנסה

בעת קביעת הזכאות לסיוע בבית חולים, יש להשתמש בהכנסה של המטופל ואם רלוונטי, בהכנסה של בן הזוג. יש להשתמש בהכנסה של ההורים עבור ילד קטין. הוכחת הכנסה חייבת להיות מצורפת לבקשה זו. ההכנסה מבוססת על חישוב של שנים עשר חודשים, שלושה חודשים, חודש או שבוע של הכנסה לפני מועד השירות.

| שם מעסיק: | | הכנסה כוללת | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| | | \$ | | |
| שבועי | חודשי | שנתי | מקורות הכנסה: | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | א. משכורת/שכר לפני ניכויים _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ב. סיוע ציבורי _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ג. ביטוח לאומי/קצבאות נכות _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ד. אבטלה ופיצויי עובדים. _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ה. הטבות לחיילים משוחררים _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ו. מזונות / דמי מזונות ילדים _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ז. תמיכה כספית אחרת _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ח. תשלומי פנסיה _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ט. תשלומי ביטוח או קצבה _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | י. דיבידנדים / ריבית _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | כ. הכנסה משכירות _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ל. הכנסה עסקית נטו _____ | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | מ. אחר (הטבות שביתה, מלגות הכשרה, הקצאה משפחתית צבאית, אחוזות או נאמנות) _____ | |
| מקור הכנסה אחר: _____ | | | | |

סעיף IV - מאושר על ידי המבקש

אני מבין שהמידע שאני מוסר כפוף לאימות על ידי מוסד הבריאות המתאים והממשלים הפדרליים או המדינתיים. מצג שווא מכוון של עובדות אלה יגרום לי להיות אחראי לכל החיובים בבית החולים בכפוף לעונשים אזרחיים.

אם מוסד הבריאות יבקש זאת, אבקש סיוע רפואי ממשלתי או פרטי לתשלום חשבון בית החולים.

אני מאשר שהמידע לעיל לגבי מצב משפחתי, הכנסתי ונכסי הוא נכון ואמתי.

אני מבין שבאחריותי לידע את בית החולים על כל שינוי בסטטוס בכל הנוגע להכנסה או לנכסים שלי.

| | |
|-------|-----------------------------|
| תאריך | חתימה של מטופל או אפוטרופוס |
|-------|-----------------------------|

לשימוש משרדי בלבד: אחריות אין כיסוי ביטוחי _____ %

לאחר כיסוי ביטוחי _____ %

תאריך אישור: _____ אפקטיבי: _____ מסתיים: _____

חתימת המעריך: _____



הצהרה בשבועה של המטופל

חתום למטה על כל מה שעשוי להיות רלוונטי לגבי המצב שלך:

1. אני מעיד שנכון ל- _____ לא קיבלתי שום הכנסה.
תאריך

_____ (מטופל / גורם אחראי) קרבה
תאריך

2. אני מעיד שאינ לי נכסים (חשבונות בנק, תעודות פיקדון וכו') דרך עצמי או כל גורם אחר.

_____ (מטופל / גורם אחראי) קרבה
תאריך

3. אני מעיד שאני חסר בית ואני חסר בית מתאריך _____

_____ (מטופל / גורם אחראי) קרבה
תאריך

4. אני מעיד שאינ לי כיסוי רפואי דרך עצמי או כל גורם אחר כדי לכסות את סכום החשבונות שלי.

_____ (מטופל / גורם אחראי) קרבה
תאריך

אישור תושבות חייב להיות חתום על ידי המטופל/הצד האחראי

5. אני מעיד כי הנני/הייתי תושב ניו ג'רזי בזמן קבלת השירותים ושאני מתכוון להישאר תושב ניו ג'רזי.

_____ (מטופל / גורם אחראי) קרבה
תאריך

6. אני מאשר כי כל המידע שניתן בהצהרה זו הוא נכון, שלם ואמתי למיטב ידיעתי.

_____ (מטופל / גורם אחראי) קרבה
תאריך



אישור בן/בת זוג

חתום למטה על כל מה שעשוי להיות רלוונטי לגבי המצב שלך:

1. אני מעיד שנכון ל- _____ לא קיבלתי שום הכנסה.
תאריך

(בן/בת זוג / גורם אחראי) קרבה תאריך

2. אני מעיד שאינ לי נכסים (חשבונות בנק, תעודות פיקדון וכו') דרך עצמי או כל גורם אחר.

(בן/בת זוג / גורם אחראי) קרבה תאריך

3. אני מעיד שאני חסר בית ואני חסר בית מתאריך _____

(בן/בת זוג / גורם אחראי) קרבה תאריך

4. אני מעיד שאינ לי כיסוי רפואי דרך עצמי או כל גורם אחר כדי לכסות את סכום החשבונות שלי.

(בן/בת זוג / גורם אחראי) קרבה תאריך

אישור תושבות חייב להיות חתום על ידי המטופל/הצד האחראי

5. אני מעיד כי הנני/הייתי תושב ניו ג'רזי בזמן קבלת השירותים ושאני מתכוון להישאר תושב ניו ג'רזי.

(בן/בת זוג / גורם אחראי) קרבה תאריך

6. אני מאשר כי כל המידע שניתן בהצהרה זו הוא נכון, שלם ואמתי למיטב ידיעתי.

(בן/בת זוג / גורם אחראי) קרבה תאריך



מכתב תמיכה

תאריך:

מטופל:

תאריך ראשוני של השירות:

תאריך לידה:

יש למלא על ידי אדם המספק תמיכה למטופל. לא כולל בן/ בת הזוג שגר/ה איתו

אני מאשר שהמידע המפורט להלן נכון ואמתי. אני מבין היטב כי מסירת מידע כוזב או אי מסירת מידע מלא כפי שמבוקש יכולים להוות עילה להונאה ו- Hackensack Meridian Health יהיה רשאי לנקוט בכל צעד משפטי מתאים. אני גם מבין שאני אשא באחריות אישית אם המידע יהיה מזויף, לא שלם או מטעה בכל דרך שהיא.

סמן למטה את כל מה שרלוונטי:

האדם הנ"ל גר איתי, ומאז (תאריך): _____

האדם הנ"ל היה תושב ניו ג'רזי בזמן השירות, אין לו תושבות בכל ארץ או מדינה אחרת ובכוונתו להישאר במדינת ניו ג'רזי

האדם הנ"ל אינו מכוסה בשום סוג של ביטוח רפואי לרבות Medicare או Medicaid.

האדם הנ"ל מובטל בשלב זה והיה מובטל לפחות חודש אחד לפני מועד השירות המצוין לעיל.

האדם הנ"ל אינו מקבל דמי אבטלה או כל סוג אחר של קצבאות (נכות, השלמת הכנסה, רווחה וכו')

אני מספק מזון ומחסה לאדם הנ"ל.

אני מספק מזומן בסכום של \$ _____ לחודש, לאדם הנזכר לעיל.

האדם הנ"ל אינו גר איתי אך אני מספק תמיכה בצורה של: _____

חתימה _____

הקרבה שלך לבן האדם שהוזכר לעיל _____

כתובת: _____

(מיקוד)

(מדינה)

(עיר)

מספר טלפון: _____