

Programma di Assistenza Ospedaliera del New Jersey

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

PROVA DI IDENTIFICAZIONE, PROVA DI REDDITO E PROVA DELLO STATO PATRIMONIALE DEVONO ACCOMPAGNARE QUESTA DOMANDA. INVIARE COPIE DI TUTTI DOCUMENTI RICHIESTI A : JFKMC, 65 James S. Edison, NJ 08820

All'attenzione di: Ufficio accettazione

NON inviare documenti originali in quanto non saranno restituiti

SEZIONE I—INFORMAZIONI PERSONALI									
1. NOME DEL PAZIENTE					2. NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE				
(Cognome)			(Nome)		(MI)				
3. DATA DELLA DOMANDA			4. DATA INIZIALE DI SERVIZIO			5. DATA DELLA RICHIESTA DI SERVIZIO			
Mese	Giorno	Anno	Mese	Giorno	Anno	Mese	Giorno	Anno	
6. INDIRIZZO DEL PAZIENTE					7. NUMERO DI TELEFONO				
8. CITTÀ, PROVINCIA E CAP				9. NUCLEO FAMILIARE*					
				#	Nome			Data di nascita	
10. CITTADINANZA USA					11. PROVA DI 3 MESI DI RESIDENZA NELLO STATO DI NJ				
Sì		NO		DOMANDA IN CORSO		Sì		NO	
12. NOME DEL GARANTE (se diverso dal paziente) / Altro									
Sezione II—CRITERI PATRIMONIALI									
13. Beni individuali:									
14. Beni familiari:									
15. I beni comprendono:									
A. Contanti									
B. conti di risparmio									
C. conti correnti									
D. Certificati di deposito / Fondi pensione									
E. Ipotecche immobiliari (diverse dalla residenza principale)									
F. Altri beni (Buoni del Tesoro, titoli negoziabili, azioni societarie e obbligazioni)									
G. Totale									

TOTALE	
<p>*il nucleo familiare comprende il paziente, il coniuge, e qualsiasi figlio minorenni. Una donna incinta è considerata come fossero due membri della famiglia.</p>	
<p>Nel determinare l'idoneità per l'assistenza ospedaliera, il reddito e il patrimonio del coniuge DEVONO essere utilizzati per un adulto; il reddito e il patrimonio del(i) genitore(i) DEVE essere utilizzato</p>	

SEZIONE III—CRITERI DI REDDITO

- Nel determinare l'idoneità per l'assistenza ospedaliera, il reddito e il patrimonio del coniuge **DEVONO** essere utilizzati per un adulto; il reddito e il patrimonio del(i) genitore(i) **DEVE** essere utilizzato per un figlio minorenni.
- **La prova di reddito deve accompagnare questa domanda.**
- Il reddito è basato sul calcolo di dodici mesi, tre mesi, o un mese di reddito prima della data del servizio.
- Il reddito lordo del paziente / nucleo familiare è pari al minore tra i seguenti:

ULTIMI 12 MESI		ULTIMI 3 mesi (x 4)		ULTIMO MESE (x 12)
	o		o	

16. Fonti di reddito	Settimanale	Mensile	Annuale
A. Stipendio/ Salari prima delle deduzioni			
B. Assistenza Pubblica			
C. Prestazioni di Sicurezza sociale			
D. Indennità di disoccupazione e del lavoratore			
E. Pensione da veterano			
F. Alimenti / Mantenimento figli			
G. Altro sostegno monetario			
H. Prestazioni pensionistiche			
I. Prestazioni assicurative o di rendita			
J. Dividendi / Interessi			
K. Redditi da locazione			
L. Reddito netto d'impresa (lavoratore autonomo/verificato da fonte indipendente)			
M. Altro (indennità di sciopero, borse di formazione, sistemazione per le famiglie dei militari, reddito da proprietà immobiliari e fondi fiduciari)			
N. TOTALE			

SEZIONE IV—CERTIFICAZIONE DEL RICHIEDENTE

Sono al corrente che l'informazione che presento è soggetta a verifica da parte della relativa struttura e del governo federale e/o statale. L'intenzionale rappresentazione mendace di questi fatti mi renderà responsabile di tutte le spese ospedaliere e soggetto a sanzioni penali e civili.

Se richiesto dalla struttura sanitaria, farò richiesta di assicurazione medica pubblica o privata per il pagamento del conto dell'ospedale.

Dichiaro che le informazioni di cui sopra relative al mio nucleo familiare, al reddito, e al patrimonio

sono vere e corrette.

Sono consapevole che è mia responsabilità avvisare l'ospedale di qualsiasi cambiamento di stato per quanto riguarda il mio reddito o il patrimonio.

17. FIRMA DEL PAZIENTE O GARANTE

18. DATA

--	--