

# Program pomocy medycznej szpitala New Jersey

## WNIOSEK O UCZESTNICTWO

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ DOWÓD TOŻSAMOŚCI, POTWIERDZENIE DOCHODÓW I AKTYWÓW.

KOPIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH DOKUMENTÓW NALEŻY PRZESŁAĆ NA ADRES: JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn:

Admitting Department

NIE NALEŻY PRZESYLAĆ ORYGINAŁÓW DOKUMENTÓW, PONIEWAŻ NIE BĘDĄ ONE ZWRACANE

CZĘŚĆ I - DANE OSOBOWE									
<b>1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b>					<b>2. NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO</b>				
(Nazwisko)			(Imię)		(M.I.)				
<b>3. DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU</b>			<b>4. WSTĘPNA DATA DOSTARCZENIA</b>			<b>5. WNIOSKOWANA DATA DOSTARCZENIA</b>			
Miesiąc	Dzień	Rok	Miesiąc	Dzień	Rok	Miesiąc	Dzień	Rok	
<b>6. ADRES PACJENTA</b>					<b>7. NUMER TELEFONU</b>				
<b>8. MIASTO, STAN, KOD POCZTOWY</b>				<b>9. LICZBA CZŁONKÓW RODZINY*</b>					
				#	Imię i nazwisko			Data urodzenia	
<b>10. AMERYKAŃSKIE OBYWATELSTWO</b>					<b>11. POTWIERDZENIE POZOSTAWANIA OSOBY PRZEZ CO NAJMNIEJ 3 MIESIĄCE W STANIE NEW JERSEY</b>				
TAK	NIE	OCZEKUJĄCY WNIOSEK			TAK	NIE			
<b>12. IMIĘ I NAZWISKO GWARANTA (jeśli inny niż pacjent)/Inne</b>									
Część II - KRYTERIA DOTYCZĄCE AKTYWÓW									
<b>13. Aktywa indywidualne:</b>									
<b>14. Aktywa rodzinne:</b>									
<b>15. Aktywa uwzględnione:</b>									
A. Gotówka									
B. Konta oszczędnościowe									
C. Konta czekowe									
D. Świadczenia depozytowe/IKE									
E. Kapitał zawarty w nieruchomości (innej niż główne miejsce zamieszkania)									
F. Pozostałe aktywa (bony skarbowe, papiery zbywalne, akcje i bony korporacyjne)									
G. Ogółem									
<b>OGÓŁEM</b>									

\*Liczba członków rodziny obejmuje daną osobę, współmałżonka i małoletnie dzieci. Ciężarną kobietę liczy się jako dwoje członków rodziny.

Przy określaniu uprawnień do uczestnictwa w szpitalnym programie pomocy medycznej, **NALEŻY** uwzględnić dochód i aktywa współmałżonka w przypadku osoby dorosłej; **NALEŻY** uwzględnić dochód i aktywa rodzica (rodziców)

### CZĘŚĆ III - KRYTERIA DOTYCZĄCE DOCHODÓW

- Przy określaniu uprawnień do uczestnictwa w szpitalnym programie pomocy medycznej, **NALEŻY** uwzględnić dochód i aktywa współmałżonka w przypadku osoby dorosłej; w przypadku małoletniego dziecka **NALEŻY** uwzględnić dochód i aktywa rodzica (rodziców).
- DO NINIEJSZEGO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ POTWIERDZENIE DOCHODÓW.**
- Dochód oparty jest na obliczeniach dochodu obejmującego dwanaście miesięcy, trzy miesiące lub miesiąc, przed datą doręczenia.
- Dochód brutto pacjenta/rodziny jest równy mniejszej z poniższych wartości:

OSTATNICH 12 MIESIĘCY		OSTATNIE 3 MIESIĄCE (x 4)		OSTATNI MIESIĄC (x 12)
	LUB		LUB	

16. ŹRÓDŁA DOCHODU	Na tydzień	Na miesiąc	Na rok
<b>A. Pensja/Wynagrodzenie tygodniowe bez potrąceń</b>			
<b>B. Pomoc publiczna</b>			
<b>C. Świadczenia z ubezpieczenia społecznego</b>			
<b>D. Zasiłek dla bezrobotnych i odszkodowanie pracownicze</b>			
<b>E. Świadczenia dla weteranów</b>			
<b>F. Alimenty/Świadczenia na dziecko</b>			
<b>G. Inne świadczenia finansowe</b>			
<b>H. Wypłaty emerytur</b>			
<b>I. Ubezpieczenie lub spłaty anuitetowe</b>			
<b>J. Dywidendy/Odsetki</b>			
<b>K. Dochód z wynajmu</b>			
<b>L. Dochód z działalności netto (samozatrudnienie/zweryfikowane przez niezależne źródło)</b>			
<b>M. Inne (świadczenia dla strajkujących, pobory szkoleniowe, przydział dla rodziny wojskowej, dochód z własności i funduszy)</b>			
<b>N. OGÓŁEM</b>			

### CZĘŚĆ IV - OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Rozumiem, że informacje, które podaję, podlegają weryfikacji odpowiedniej placówki służby zdrowia oraz władz federalnych i/lub stanowych. Celowe podawanie nieprawdy spowoduje obciążenie mnie wszystkimi opłatami szpitalnymi oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej i cywilnej.

Jeśli placówka służby zdrowia będzie tego wymagać, złożę wniosek o państwowe lub prywatne ubezpieczenie medyczne, w celu opłacenia rachunku za hospitalizację.

Zaświadczam, że powyższe informacje dotyczące liczby członków mojej rodziny, dochodu i aktywów są prawdziwe i poprawne.

Rozumie, że mam obowiązek poinformować szpital o wszelkich zmianach dotyczących mojego dochodu lub aktywów.

<b>17. PODPIS PACJENTA LUB GWARANTA</b>	<b>18. DATA</b>