

Программа помощи больницам Нью-Джерси

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

К ДАННОЙ ЗАЯВКЕ ДОЛЖНЫ ПРИЛАГАТЬСЯ УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ, СПРАВКА О ДОХОДАХ И
СПРАВКА О НАЛИЧИИ АКТИВОВ.

КОПИИ ВСЕХ ТРЕБУЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ НЕОБХОДИМО ОТПРАВИТЬ ПО АДРЕСУ:
JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820, Attn: Admitting Department (Приемное отделение)
НЕ ОТСЫЛАТЬ ОРИГИНАЛЫ ДОКУМЕНТОВ Т. К. ОНИ НЕ ВОЗВРАЩАЮТСЯ

РАЗДЕЛ I – ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ										
1. Ф.И.О. ПАЦИЕНТА						2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ				
(Фамилия)			(Имя)			(Второй инициал)				
3. ДАТА ПОДАЧИ			4. ИСХОДНАЯ ДАТА			5. ТРЕБУЕМАЯ ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ				
Месяц	День	Год	Месяц	День	Год	Месяц	День	Год		
6. ЛИЦА И НОМЕР ДОМА ПАЦИЕНТА						7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА				
8. ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС				9. СОСТАВ СЕМЬИ *						
				№	Ф.И.О.		ДАТА РОЖДЕНИЯ			
10. ГРАЖДАНСТВО США					11. ДОКАЗАТЕЛЬСТВО 3-МЕСЯЧНОГО ПРОЖИВАНИЯ В ШТ. НЬЮ-ДЖЕРСИ					
<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ	<input type="checkbox"/>	ЗАЯВКА В СТАДИИ РАССМОТРЕНИЯ		<input type="checkbox"/>	ДА	<input type="checkbox"/>	НЕТ
12. Ф.И.О. ГАРАНТА (если не пациент) / Прочее										
РАЗДЕЛ II – КРИТЕРИЙ НАЛИЧИЯ АКТИВОВ										
13. Индивидуальные активы:										
14. Семейные активы:										
15. Учитываемые активы:										
A. Наличие										
B. Сберегательные счета										
C. Расчётные счета										
D. Депозитные сертификаты / индивидуальные пенсионные счета										
E. Доля в недвижимости (кроме основного места жительства)										
F. Прочие активы (казначейские векселя, оборотные документы, корпоративные										

акции и облигации)	
G. Всего	
ИТОГО	
* Состав семьи включает пациента, супруга(у) и всех несовершеннолетних детей. Беременную женщину считают за двух членов семьи.	
При определении права совершеннолетнего на получение помощи в больнице ОБЯЗАТЕЛЬНО учитываются доход и активы супруга; для несовершеннолетнего ребенка ОБЯЗАТЕЛЬНО учитываются доходы и активы родителя(ей).	

РАЗДЕЛ III – КРИТЕРИЙ НАЛИЧИЯ ДОХОДОВ

- При определении права совершеннолетнего на получение помощи в больнице **ОБЯЗАТЕЛЬНО** учитываются доход и активы супруга; для несовершеннолетнего ребенка **ОБЯЗАТЕЛЬНО** учитываются доходы и активы родителя(ей).
- **К ДАННОЙ ЗАЯВКЕ ДОЛЖНА ПРИЛАГАТЬСЯ СПРАВКА О ДОХОДАХ.**
- Доход исчисляется из расчета двенадцати месяцев, трех месяцев или одного месяца, предшествующих дате предоставления услуг.
- Общий доход семьи / пациента равен наименьшему из следующих показателей:

ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ	ИЛИ	ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА (x 4)	ИЛИ	ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ (x 12)

16. ИСТОЧНИКИ ДОХОДОВ	Еженедельно	Ежемесячно	Годовой
A. Заработная плата / оклад до вычетов			
B. Социальная помощь			
C. Пособие по социальному обеспечению			
D. Пособие по безработице и пособие по нетрудоспособности			
E. Ветеранские льготы			
F. Алименты / пособие на ребёнка			
G. Прочие денежные выплаты			
H. Пенсионные платежи			
I. Страховые выплаты или аннуитетные платежи			
J. Дивиденды / проценты			
K. Доход от аренды			
L. Чистый хозяйственный доход (индивидуальное предпринимательство / проверенный независимым источником)			
M. Прочее (пособие для бастующих, стипендии на образование, денежный аттестат на семью военнослужащего, доход от имущества и трестов)			
N. ИТОГО			

РАЗДЕЛ IV – СВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ВЕРНОСТИ ЗАЯВИТЕЛЕМ

Мне разъяснено, что предоставляемая мной информация подлежит проверке соответствующим медицинским учреждением и федеральными органами власти и (или) органами власти штата. В случае умышленного искажения данных фактов я несу персональную ответственность за все расходы, понесенные больницей, могу подвергнуться уголовному наказанию

и на меня может быть наложено гражданско-правовое взыскание.

Если этого потребует медицинское учреждение, для оплаты счета в больнице я подам заявку на государственное или частное медицинское страхование.

Я подтверждаю достоверность и полноту приведенных выше сведений о составе семьи, размере доходов и активах моей семьи.

Мне разъяснено, что я обязан сообщать больнице обо всех изменениях в отношении моего дохода или активов.

17. ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ГАРАНТА

18. ДАТА

--	--