

Program pomocy w pokryciu kosztów opieki  
szpitalnej w New Jersey

**WNIOSEK O UDZIAŁ**

DO TEGO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ DOWÓD TOŻSAMOŚCI, DOWÓD DOCHODÓW I DOWÓD STANU  
MAJĄTKOWEGO. NALEŻY PRZESŁAĆ KOPIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH DOKUMENTÓW. NIE WYSYLAĆ ORYGINAŁÓW  
DOKUMENTÓW - NIE ZOSTANĄ ONE ZWRÓCONE.

**CZĘŚĆ I - Dane osobowe**

1. IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA  (NAZWISKO) _____ (IMIĘ) _____ (INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA) _____		2. NUMER SOCIAL SECURITY  - - - - -
3. DATA WNIOSKU  _____/_____/_____ miesiąc dzień rok	4. PIERWSZA DATA USŁUGI  _____/_____/_____ miesiąc dzień rok	5. WNIOSKOWANA DATA USŁUGI  _____/_____/_____ miesiąc dzień rok
6. ADRES POCZTOWY PACJENTA  _____		7. NUMER TELEFONU  ( ) - -
8. MIEJSCOWOŚĆ, STAN, KOD POCZTOWY  _____		9. WIELKOŚĆ RODZINY *  _____
10. OBYWATELSTWO USA  <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Wniosek w toku	11. DOWÓD 3-MIES. ZAMIESZKANIA W STANIE NJ  <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
12. IMIĘ I NAZWISKO PORĘCZYCIELA (Jeśli to ktoś inny niż pacjent)  _____		

**CZĘŚĆ II - Kryteria wielkości majątku**

13. Majątek indywidualny: \_\_\_\_\_

14. Majątek rodzinny: \_\_\_\_\_

15. Majątek obejmuje następujące:

A. Gotówka \_\_\_\_\_

B. Konta oszczędnościowe \_\_\_\_\_

C. Konta czekowe \_\_\_\_\_

D. Lokaty terminowe/ konta emerytalne \_\_\_\_\_

E. Majątek w nieruchomościach (z wyjątkiem podstawowego miejsca zamieszkania) \_\_\_\_\_

F. Inny majątek (obligacje skarbowe, weksle, akcje i obligacje spółek)

G. Łącznie

\* Wielkość rodziny to wnioskodawca, plus żona, plus wszystkie nieletnie dzieci. Kobieta w ciąży liczy się jako dwóch członków rodziny.

## WNIOSEK O UDZIAŁ (c.d.)

### CZĘŚĆ III - Kryteria wysokości dochodu

Przy ustalaniu kwalifikacji do pomocy w pokryciu kosztów opieki szpitalnej, w przypadku osoby dorosłej wymagane jest uwzględnienie dochodów współmałżonka; w przypadku nieletniego dziecka uwzględniane są dochody i majątek rodziców.

Dowód dochodów musi być dołączony do tego wniosku.

Dochód oparty jest na obliczeniu z okresu dwunastu miesięcy, trzech miesięcy lub jednego miesiąca przed datą świadczenia usługi.

Dochód brutto pacjenta/rodziny to najniższa z następujących sum:

OSTATNIE 12 MIESIĘCY	albo	OSTATNIE 3 MIESIĄCE <u>X 4</u>	albo	OSTATNI 1 MIESIĄC <u>X 12</u>

#### 16. ŹRÓDŁO DOCHODU

	TYGODNIOWO	MIESIĘCZNIE	ROCZNIE
A. Wynagrodzenie za pracę, przed potrąceniami _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Pomoc publiczna _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Świadczenia Social Security _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Zasiłek dla bezrobotnych i odszkodowanie za wypadek w pracy _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Świadczenia dla weteranów wojskowych _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimenty na siebie i dzieci _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Inne źródła wsparcia finansowego _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Emerytura _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Płatności ubezpieczenia lub renty dożywotnie (Annuity) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dywidendy/Odsetki _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Dochód z wynajmu _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Dochód z własnej firmy, netto (praca na własny rozrachunek, potwierdzona niezależnie) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Inne (zasiłki strajkowe, stypendia szkoleniowe, wojskowe zasiłki rodzinne, przydziały rodzinne, dochód z podziału masy spadkowej i funduszy powierniczych (trustów)) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Łącznie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### CZĘŚĆ IV - Poświadczenie wnioskodawcy

Zdaję sobie sprawę, że przekazane przeze mnie informacje podlegają weryfikacji przez odpowiednią placówkę opieki zdrowotnej oraz władze federalne i stanowe. Celowe podanie nieprawdziwych faktów naraża mnie na odpowiedzialność za całość opłat szpitalnych oraz na kary cywilne.

Na żądanie placówki opieki zdrowotnej wystąpię o rządową lub prywatną pomoc w opłaceniu należności za opiekę szpitalną.

Poświadczam, że przekazane powyżej informacje na temat wielkości mojej rodziny, dochodów i majątku są prawdziwe i pełne.

Zdaję sobie sprawę, że odpowiadam za informowanie szpitala o wszelkich zmianach wysokości mojego dochodu i majątku.

17. PODPIS PACJENTA LUB PORĘCZYCIELA

18. DATA