

Программа помощи по оплате больничного лечения в штате Нью-Джерси

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ В ПРОГРАММЕ

ПРИЛОЖИТЕ К ДАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ, СПРАВКУ О ДОХОДАХ И СПРАВКУ ОБ ИМУЩЕСТВЕ. ОТПРАВЬТЕ КОПИИ ВСЕХ ЗАПРОШЕННЫХ ДОКУМЕНТОВ. НЕ ПОСЫЛАЙТЕ ОРИГИНАЛЫ ДОКУМЕНТОВ, ТАК КАК ОНИ НЕ БУДУТ ВОЗВРАЩЕНЫ.

РАЗДЕЛ I. Личная информация

1. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА _____ (ФАМИЛИЯ) (ИМЯ) (ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА)			2. НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ _____-_____-_____		
3. ДАТА ЗАЯВЛЕНИЯ _____/_____/_____ месяц число год		4. ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ _____/_____/_____ месяц число год		5. ЗАПРОШЕННАЯ ДАТА ОБСЛУЖИВАНИЯ _____/_____/_____ месяц число год	
6. № ДОМА, УЛИЦА, № КВ. ПАЦИЕНТА _____			7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (_____)_____-_____		
8. ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____			9. РАЗМЕР СЕМЬИ * _____		
10. ГРАЖДАНСТВО США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Заявление на рассмотрении			11. ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ТРЕХМЕСЯЧНОЕ ПРОЖИВАНИЕ В ШТАТЕ НЬЮ-ДЖЕРСИ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

12. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОРУЧИТЕЛЯ (если не является пациентом) _____		
--	--	--

РАЗДЕЛ II. Критерии по размеру имущества

13.	Размер личного имущества:	_____
14.	Размер семейного имущества:	_____
15.	Имущество включает:	_____
A. Наличные деньги		_____
B. Сберегательные счета		_____
C. Расчетные счета		_____
D. Депозитные сертификаты / Индивидуальные пенсионные счета		_____
E. Собств. средства в недвижимости (кроме осн. места проживания)		_____
F. Другое имущество (казначейские облигации, оборотные векселя, корпоративные акции и облигации)		_____
G. Всего		_____

* Семья включает заявителя, супруга(-у) и всех несовершеннолетних детей. Беременная считается за двух членов семьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ В ПРОГРАММЕ (продолжение)

РАЗДЕЛ III. Критерии по размеру дохода

При определении права на получение помощи для оплаты больничного лечения взрослого должны учитываться доходы и имущество супруга(-и); для несовершеннолетнего ребенка должны учитываться доходы и имущество родителя(-ей). К настоящему заявлению должна прилагаться справка о доходах.

Расчет дохода производится на основе доходов, полученных за двенадцать месяцев, за три месяца или за один месяц до даты обслуживания. Общий доход пациента (семьи) равен меньшему из следующих значений:

ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ	или	ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА X 4	или	ПОСЛЕДНИЙ 1 МЕСЯЦ X 12

16. ИСТОЧНИКИ ДОХОДА

		ЕЖЕНЕДЕЛЬНО	ЕЖЕМЕСЯЧНО	ЕЖЕГОДНО
A. Оклад / заработная плата до вычетов	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Социальная помощь	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Выплаты по системе социального страхования	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Пособие по безработице и нетрудоспособности	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Пособие для ветеранов	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Алименты / пособие на ребенка	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Другая денежная помощь	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Пенсионные выплаты	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Страховые и аннуитетные выплаты	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Дивиденды / проценты	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Арендный доход	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Чистый предпринимательский доход (индивидуальный предприниматель / подтвержденный из независимого источника)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Другой доход (пособия бастующим, стипендии учащихся, аттестаты военнослужащих, доход от наследства и опеки)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Всего	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

РАЗДЕЛ IV. Подтверждение по Заявлению

Я осведомлен(-а) о том, что представленная мною информация подлежит проверке соответствующим медицинским учреждением, а также административными органами федерального уровня и уровня штата. В случае умышленного искажения мной этих фактов я буду нести ответственность за все понесенные больничные расходы, а также подвергнусь гражданско-правовым санкциям.

По требованию медицинского учреждения я обращусь за государственной или частной финансовой помощью для оплаты выставленного больничного счета.

Я заявляю, что вся указанная выше информация, касающаяся размера, доходов и имущества моей семьи, является подлинной и верной.

Мне известно, что на мне лежит ответственность сообщать больнице о любых изменениях, касающихся моих доходов или имущества.

17. ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОРУЧИТЕЛЯ

18. ДАТА