

Atlantic Health System

MORRISTOWN MEDICAL CENTER
100 Madison Avenue Interoffice Box 111
Morristown NJ 07960

OVERLOOK MEDICAL CENTER
99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237
Summit, NJ 07902

NEWTON MEDICAL CENTER
175 High Street
Newton, NJ 07860

CHILTON MEDICAL CENTER
97 W. Parkway ATTN: Consulente finanziario
Pompton Plains, NJ 07444

HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER
651 Willow Grove Street
Hackettstown, NJ 07840

È responsabilità del richiedente inviare tutti i documenti necessari insieme alla domanda di assistenza e alla certificazione. Sia il paziente sia il coniuge devono completare una pagina di certificazione.

Ai fini dell'elaborazione della domanda, possono essere necessari documenti diversi da quelli elencati in calce. Per persone di età superiore ai 18 anni ma inferiore ai 22 e iscritti come studenti a tempo pieno, sarà necessario fornire la propria identificazione insieme a quella dei genitori o dei tutori legali e fratelli. È inoltre necessario fornire il resoconto del reddito e dei beni dei genitori o tutori legali.

- Una forma di identificazione personale per ciascun familiare, incluso paziente, coniuge e minori a carico. Le forme di ID accettabili includono: patente di guida statunitense, passaporto, numero di previdenza sociale, certificato di nascita, carta di registrazione per stranieri o ID dipendente.
- Un documento comprovante la residenza (data del servizio/domanda) _____. Le forme accettabili dei documenti di residenza immediatamente antecedenti alla data del servizio/domanda includono bollette di utenze o ricevute di affitto. Anche un campione di corrispondenza recante il nome e l'indirizzo del paziente è accettabile, ma deve recare un timbro postale che non preceda di oltre due mesi la data del servizio/applicazione. Non verrà accettato nulla che rechi un timbro successivo alla data del servizio. Gli indirizzi di casella postale non sono accettabili.
- La documentazione comprovante il reddito lordo per un mese, tre mesi o un anno immediatamente antecedente alla data del servizio/domanda sia per il paziente sia per il coniuge. La documentazione può includere quanto segue:
 - Buste paga del datore di lavoro (4 settimane consecutive immediatamente antecedenti a _____)
 - Informazioni sui sussidi di disoccupazione (4 settimane consecutive immediatamente antecedenti a _____)
 - Lettera di assegnazione di previdenza sociale o dichiarazione di altri benefici che indichi pensione, disabilità, mantenimento, alimenti, rendita, ecc.
 - Lettera scritta a macchina del datore di lavoro su carta intestata dell'azienda che attesti la durata dell'impiego, la frequenza dei pagamenti e l'importo lordo versato. (Una dichiarazione approssimativa non è ammissibile, l'importo dev'essere esatto e il termine "lordo" deve comparire sulla lettera).
 - Dichiarazione di un contabile del reddito lordo adeguato se il paziente e/o il coniuge sono lavoratori autonomi. Il documento deve includere l'ID fiscale e dev'essere sottoscritto dalla persona che lo redige. Dev'essere esattamente antecedente di un mese, tre mesi o un anno rispetto alla data del servizio o domanda. Le date esatte richieste sono le seguenti: da ____/____/____ a ____/____/____.
 - Dichiarazione del sostegno erogato della persona che fornisce vitto e alloggio se il paziente e il coniuge sono privi di reddito.
- Estratti conti bancari più recenti (conti correnti e libretti di risparmio) sia per il paziente sia per il coniuge in data (data del servizio/domanda) _____. Si richiedono anche i saldi di fondi pensionistici, fondi fiduciari, certificati di deposito (CD), il valore di ipoteche su case di proprietà diverse da quella di residenza, azioni, obbligazioni, IRA (conti di rendita individuali) e di qualsiasi altro bene liquido.
- Le dichiarazioni dei redditi presentate più di recente incluse tutte le tabelle e i moduli W2.

Atlantic Health System

<input type="checkbox"/> MORRISTOWN MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/> OVERLOOK MDICAL CENTER
<input type="checkbox"/> NEWTON MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/> CHILTON MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/> HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

DOMANDA PER ASSISTENZA FINANZIARIA

Nome paziente		Numero di previdenza sociale		Data di nascita
Via		Città		Stato CAPE
Datore di lavoro		Telefono di casa		Stipendio lordo
Altro reddito		Reddito lordo familiare (in data del servizio)		
Sussidio pubblico \$	Sussidio di disoccupazione \$	Ultimi 12 mesi	Ultimi 3 mesi	ANNUALIZZATO
Prev. soc. \$	Comp/Lav \$	Dimensioni nucleo familiare	Nomi e date di nascita	
Pensione di guerra \$	Alimenti \$			
Affitto \$	Altro \$			
Beni liquidi				
Libretto di risparmio	Conto corrente	CD	BUONI DEL TESORO	
IRA (conti di rendita individuali)	Titoli negoziabili/Capitale azionario	Altro	Beni liquidi totali	
Categoria non avente diritto a Medicaid <input type="checkbox"/> Reddito elevato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non disabile <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Straniero non avente diritto <input type="checkbox"/>				
Valore della proprietà immobiliare \$				
Nome dell'assicurazione sanitaria		Numero della polizza		
Via		Città		Stato CAP
Importo della fattura pagata dall'assicurazione		Importo della fattura non pagata dall'assicurazione		Data del servizio
<p>Io sottoscritto/a certifico che le informazioni che precedono sono vere e accurate per quanto di mia conoscenza. Inoltre, presenterò domanda per qualsivoglia assistenza (Medicaid, Medicare, assicurazione, ecc.) che potrebbe essere disponibile per il pagamento delle mie spese ospedaliere e adatterò qualsiasi azione ragionevolmente necessaria per ottenere tale assistenza e assegnerò o verserò all'ospedale l'importo recuperato per le spese ospedaliere. Io sottoscritto/a dichiaro di comprendere che è mio obbligo fornire all'ospedale la prova della determinazione relativa a Medicaid.</p> <p>Comprendo che la presente domanda viene presentata in modo che l'ospedale possa valutare la mia idoneità all'assistenza per servizi non pagati ai sensi del programma Uncompensated Care Program (Programma per cure non pagate) del Dipartimento sanitario statale in base ai criteri stabiliti registrati presso l'ospedale. Qualora qualsivoglia informazione io abbia fornito si dimostri non veritiera, comprendo che l'ospedale può rivalutare il mio stato finanziario e adottare qualsiasi azione riterrà opportuna.</p>				
_____ Data della richiesta		_____ Firma del richiedente		
NON SCRIVERE AL DI SOTTO DI QUESTA RIGA (AD ESCLUSIVO USO DELL'UFFICIO)				
Eligibility Determination				
Date Application Received	Income Verified ___Yes ___No	___Application Approved ___Pending Income Verification		
Application Denied		Pending Medicaid Determination		
REASON:				
Percentage of Eligibility %		Signature of Person Making Determination		Date
NOTA SE LA DOMANDA VIENE RESPINTA, PUÒ ESSERE PRESENTATA NUOVAMENTE PER SERVIZI FUTURI				

Atlantic Health System

Da compilarsi a cura del paziente

CERTIFICATI

___ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
___ OVERLOOK MEDICAL CENTER
___ NEWTON MEDICAL CENTER
___ CHILTON MEDICAL CENTER
___ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

___ A. Ho (n.) _____ figli minori.

___ B. Sono: celibe/nubile, sposato/a, divorziato/a, vedovo/a, separato/a e non ho legami finanziari con il/la mio/a coniuge.

___ C. Non ricevo alimenti/mantenimento dal mio/dalla mia ex-coniuge/altro.

Firma: _____

___ D. Certifico di non aver percepito alcun reddito da ____/____/____ a ____/____/____.

Firma: _____

___ E. Al momento del servizio, ero ___ disoccupato/a oppure ___ impiegato/a presso: _____

Data di assunzione: ____/____/____ Percepivo \$ _____ alla settimana, ogni due settimane, al mese, all'anno.

Altro reddito percepito da _____ \$ _____ alla settimana, ogni due settimane, al mese, all'anno.

___ F. Certifico di non possedere alcun bene.

Firma: _____

___ G. Attesto di essere un senza tetto e di esserlo dal ____/____/____. Pernotto/Non pernotto occasionalmente presso il dormitorio locale.

Possiedo/Non possiedo documenti d'identificazione

Nome/Indirizzo del dormitorio _____

Firma: _____

___ H. Attesto di non aver presentato alcuna dichiarazione dei redditi per l'anno _____ perché _____.

___ D. Certifico di non disporre di copertura sanitaria:

Firma: _____

___ J. Ho risieduto all'indirizzo _____

Da solo/a /con _____

___ K. Risiedo nello Stato del New Jersey da _____. Non dispongo di residenza in nessun altro stato o paese e intendo continuare a risiedere nel New Jersey.

Firma: _____

___ L. Non sono residente nello Stato del New Jersey. Sono stato ricoverato/a in ospedale in circostanze di emergenza.

Firma: _____

___ M. Redigo la presente dichiarazione giurata al fine di presentare domanda di assistenza caritatevole.

Comprendo che le informazioni da me fornite sono soggette a verifica da parte di Atlantic Health System e dei governi statali o federali.

La dichiarazione errata volontaria dei fatti suddetti priverà l'ospedale del diritto di ricevere il rimborso per qualsiasi spesa non coperta da assicurazione terza.

Se richiesto da Atlantic Health System, presenterò domanda di assistenza medica pubblica o di altro tipo a cui abbia diritto per il pagamento della fattura ospedaliera.

Certifico che le informazioni relative al mio reddito, al numero di componenti del nucleo familiare e ai beni sono vere e accurate per quanto di mia conoscenza.

Firma: _____

Data: _____

Testimone: _____

Data: _____

Atlantic Health System

___ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
___ OVERLOOK MEDICAL CENTER
___ NEWTON MEDICAL CENTER
___ CHILTON MEDICAL CENTER
___ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

.Se coniugato/a, da completarsi a cura del/della coniuge

CERTIFICATI

___ A. Ho (n.) _____ figli minori.

___ B. Sono: celibe/nubile, sposato/a, divorziato/a, vedovo/a, separato/a e non ho legami finanziari con il/la mio/a coniuge.

___ C. Non ricevo alimenti/mantenimento dal mio/dalla mia ex-coniuge/altro.

Firma: _____

___ D. Certifico di non aver percepito alcun reddito da ____/____/____ a ____/____/____.

Firma: _____

___ E. Al momento del servizio, ero ___ disoccupato/a oppure ___ impiegato/a presso: _____

Data di assunzione: ____/____/____ Percepivo \$ _____ alla settimana, ogni due settimane, al mese, all'anno.

Altro reddito percepito da _____ \$ _____ alla settimana, ogni due settimane, al mese, all'anno.

___ F. Certifico di non possedere alcun bene.

Firma: _____

___ G. Attesto di essere un senza tetto e di esserlo dal ____/____/____. Pernotto/Non pernotto occasionalmente presso il dormitorio locale.

Possiedo/Non possiedo documenti d'identificazione

Nome/Indirizzo del dormitorio _____

Firma: _____

___ H. Attesto di non aver presentato alcuna dichiarazione dei redditi per l'anno _____ perché _____.

___ I. Certifico di non disporre di copertura sanitaria:

Firma: _____

___ J. Ho risieduto all'indirizzo _____

Da solo/a /con _____

___ K. Risiedo nello Stato del New Jersey da _____. Non dispongo di residenza in nessun altro stato o paese e intendo continuare a risiedere nel New Jersey.

Firma: _____

___ L. Non sono residente nello Stato del New Jersey. Sono stato ricoverato/a in ospedale in circostanze di emergenza.

Firma: _____

___ M. Redigo la presente dichiarazione giurata al fine di presentare domanda di assistenza caritatevole.

Comprendo che le informazioni da me fornite sono soggette a verifica da parte di Atlantic Health System e dei governi statali o federali.

La dichiarazione errata volontaria dei fatti suddetti priverà l'ospedale del diritto di ricevere il rimborso per qualsiasi spesa non coperta da assicurazione terza.

Se richiesto da Atlantic Health System, presenterò domanda di assistenza medica pubblica o di altro tipo a cui abbia diritto per il pagamento della fattura ospedaliera.

Certifico che le informazioni relative al mio reddito, al numero di componenti del nucleo familiare e ai beni sono vere e accurate per quanto di mia conoscenza.

Firma: _____

Data: _____

Atlantic Health System

Testimone: _____

Data: _____