

System opieki zdrowotnej 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: Poradnictwo finansowe
Pompton Plains, NJ 07444

HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER
651 Willow Grove Street
Hackettstown, NJ 07840

Petent musi załączyć do uzupełnionego wniosku o zapomogę finansową wszystkie wymagane dokumenty i oświadczenia. Oświadczenia muszą wypełnić oddzielnie pacjent/ka i jego/jej żona/mąż.

Do rozpatrzenia wniosku mogą być potrzebne również inne dokumenty niż wymienione poniżej. Uczniowie i studenci w wieku od 18 do 22 lat pobierający naukę w systemie dziennym muszą przedstawić dowody tożsamości własne, rodziców lub opiekunów prawnych oraz rodzeństwa. Wymagane są także informacje o dochodach i stanie majątkowym rodziców lub opiekuna prawnego.

- Należy przedstawić po jednym dowodzie tożsamości dla każdego członka rodziny, w tym pacjenta/pacjentki, żony/męża i nieletnich na ich utrzymaniu. Honorowane będą następujące dowody tożsamości: amerykańskie prawo jazdy, paszport, karta ubezpieczenia społecznego, świadectwo/akt urodzenia, karta rejestracji obcokrajowca, legitymacja wydana przez pracodawcę.
- Dokument potwierdzający miejsce zamieszkania ważny w dniu (data doręczenia pozwu/wniosku) _____. Honorowane będą następujące dokumenty potwierdzające miejsce zamieszkania, wydane przed datą doręczenia wezwania/złożenia wniosku: rachunek za wynajem lokalu, za opłaty mieszkaniowe. Akceptowany będzie również list zaadresowany do pacjenta z jego imieniem, nazwiskiem i adresem, wysłany w ciągu 2 miesięcy poprzedzających datę wezwania/wniosku. Nie będą akceptowane dokumenty wydane po dacie wezwania. Skr. pocztowe nie mogą być podawane jako adres zamieszkania.
- Dokumentacja dochodów brutto pacjenta i małżonka za jeden miesiąc, trzy miesiące lub jeden rok bezpośrednio poprzedzający wezwanie/wniosek. Akceptuje się następujące dokumenty:
 - Odcinki dowodów wypłaty wynagrodzenia (za 4 kolejne tygodnie bezpośrednio poprzedzające _____)
 - Informacje o zasiłku dla bezrobotnych (za 4 kolejne tygodnie bezpośrednio poprzedzające _____)
 - Pismo o przyznaniu świadczenia z ubezpieczenia społecznego lub dowody innych świadczeń emerytalnych, rentowych, alimentacyjnych dla dzieci lub współmałżonka, itp.
 - Pismo od pracodawcy na papierze z nagłówkiem firmowym poświadczające staż pracy, częstotliwość wypłat wynagrodzenia i wypłacone kwoty brutto. (Kwoty muszą być dokładne, a nie przybliżone oraz w tekście pisma musi być słowo „gross” (brutto))
 - Zaświadczenie księgowego określające dochód brutto z wyrównaniem, jeżeli pacjent i/lub współmałżonek jest samozatrudniony/a. Dokument musi zawierać numer podatnika (tax ID) i być podpisany przez osobę, która go sporządziła. Musi być wystawiony dokładnie na miesiąc, trzy miesiące lub rok przed datą wezwania lub wniosku. Poniżej znajdują się dokładne daty: ____/____/____ do ____/____/____.
 - Jeżeli pacjent/ka i żona/mąż nie uzyskują żadnego dochodu, oświadczenie o wsparciu osoby udzielającej schronienia i utrzymania.
- Ostatni wyciąg z konta bankowego (czekowego i oszczędnościowego) pacjenta i małżonka z dnia (data wezwania lub wniosku) _____. Wymagane jest również przedłożenie zaświadczeń o stanie kont w funduszach emerytalnych i powierniczych, świadectw depozytowych, wartości udziałów w nieruchomościach innych niż główne miejsce zamieszkania, akcji, obligacji, kont IRA i innych środków płynnych.
- Ostatnie deklaracje podatkowe, w tym wszystkie załączniki i formularze W2.

System opieki zdrowotnej 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

WNIOSEK O POMOC FINANSOWĄ

Imię i nazwisko pacjenta		Numer ubezpieczenia społecznego		Data urodzenia
Adres, ulica		Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Pracodawca		Telefon domowy	Płaca brutto	

Inne dochody		Dochody rodziny brutto (na dzień usługi)		
Zapomogi USD	Zasiłek dla bezrobotnych USD	z ostatnich 12 miesięcy	z ostatnich 3 miesięcy	W PRZELICZENIU ROCZNYM
Ubezp. społ. USD	Work/Comp (zasiłek za wypadek przy pracy) USD	Wielkość rodziny	Imiona, nazwiska, daty urodzenia	
Renta wojskowa USD	Alimenty USD			
Komorne USD	Inne USD			

Majątek ruchomy			
Konto oszczędnościowe	Konto czekowe	Świadectwa depozytu (CD)	T-BILLS (obligacje skarbowe)
Konta IRA	Papiery wartościowe, akcje	Inne	Majątek ruchomy razem

Medicaid nie przysługuje Wysokie dochody
 Brak inwalidztwa
 Obcokrajowiec bez uprawnień

Wartość nieruchomości USD		
Nazwa ubezpieczyciela	Numer polisy	
Adres, ulica	Miejscowość Stan Kod pocztowy	
Kwota rachunku zapłacona przez ubezpieczyciela	Kwota rachunku niezapłacona przez ubezpieczyciela	Data usługi

Zaświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą powyższe informacje są prawdziwe i dokładne. Ponadto stwierdzam, że złożę wnioski o wszelką dostępną pomoc (Medicaid, Medicare, ubezpieczenie itd.) na zapłacenie rachunków szpitalnych i podejmę wszelkie możliwe i uzasadnione działania, aby taką pomoc uzyskać, oraz sceduję na rzecz szpitala wszelkie uzyskane na ten cel kwoty. Przyjmuję do wiadomości, że mam obowiązek dostarczyć szpitalowi dowód ustalenia uprawnień do Medicaid. Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek został wypełniony w celu umożliwienia szpitalowi oceny moich uprawnień do bezpłatnych usług w ramach programu bezpłatnego leczenia stanowego Departamentu Zdrowia. Na podstawie ustalonych kryteriów znanych szpitalowi. Gdyby udzielone tutaj informacje okazały się nieprawdziwe, przyjmuję do wiadomości, że szpital może zmienić ocenę mojej kondycji finansowej i podjąć działania, jakie uzna za stosowne.

_____ Data wniosku

_____ Podpis wnioskodawcy

PROSIMY NIE PISAĆ POD TĄ LINIĄ. (TYLKO DO UŻYTKU SŁUŻBOWEGO)

Eligibility Determination		
Date Application Received	Income Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Application Approved <input type="checkbox"/> Pending Income Verification <input type="checkbox"/> Pending Medicaid Determination
Application Denied		

REASON:		
Signature of Person Making Determination		Date
Percentage of Eligibility _____ %		

UWAGA: W RAZIE ODMOWY PRZYSŁUGUJE PRAWO PONOWNEGO UBIEGANIA SIĘ O PRZYSZŁE USŁUGI

System opieki zdrowotnej Atlantic Health System

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

Wypełnia pacjent

OŚWIADCZENIA

- ___ A. Mam (liczba) _____ nieletnich dzieci.
- ___ B. Mój stan cywilny: samotny/a, żonaty/a, rozwiedziony/a, wdowiec/wdowa, w separacji bez więzi finansowych z żoną/mężem.
- ___ C. Nie otrzymuję alimentów na dzieci ani dla siebie od byłego męża/żony/innej osoby.
- Podpisano: _____
- ___ D. Oświadczam, że nie posiadałem/łam żadnego dochodu od: ____/____/____ do ____/____/____.
- Podpisano: _____
- ___ E. W dniu uzyskania usługi byłem/am ___ bezrobotny/a lub ___ zatrudniony/a w/przez: _____
- Data zatrudnienia: ____/____/____ Otrzymywałem/am _____ USD tygodniowo, co dwa tygodnie, miesięcznie, rocznie.
- Inne dochody otrzymywane od _____ USD tygodniowo, co dwa tygodnie, miesięcznie, rocznie.
- ___ F. Oświadczam, że nie posiadam majątku.
- Podpisano: _____
- ___ G. Oświadczam, że jestem bezdomny/a od ____/____/____. Od czasu do czasu przebywam w miejscowym schronisku dla bezdomnych: ___ Tak ___ Nie.
Mam/Nie mam dowodu tożsamości.
Nazwa i adres schroniska: _____
- Podpisano: _____
- ___ H. Oświadczam, że nie złożyłem zeznania podatkowego za rok _____ z powodu _____.
- ___ I. Oświadczam, że nie mam ubezpieczenia zdrowotnego.
- Podpisano: _____
- ___ J. Zamieszkiwałem/am pod adresem _____
- Samotnie/wraz z _____
- ___ K. Jestem mieszkańcem stanu New Jersey od _____. Nie jestem mieszkańcem żadnego innego stanu lub kraju i zamierzam nadal mieszkać w stanie New Jersey.
- Podpisano: _____
- ___ L. ___ L. Nie jestem mieszkańcem stanu New Jersey. Zostałem/am przyjęty/a do szpitala na oddział pogotowia.
- Podpisano: _____
- ___ M. Składam niniejsze oświadczenie w ramach wniosku o Charity Care.

Przyjmuję do wiadomości, że podane informacje będą sprawdzone przez Atlantic Health System i władze federalne lub stanowe. Umyślnie oświadczenie nieprawdy uniemożliwi szpitalowi refundację wszelkich należności nieobjętych ubezpieczeniem przez stronę trzecią. Na żądanie Atlantic Health System złożę wniosek do władz lub do innej organizacji udzielającej pomocy o zapłatę rachunku szpitalnego, jeżeli mam do tego uprawnienia. Zaświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą informacje na temat dochodów, wielkości rodziny i stanu majątkowego są prawdziwe i dokładne.

Podpisano: _____

Data: _____

System opieki zdrowotnej Atlantic Health System

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

Świadek: _____
Wypełnia współmałżonek osoby zameężnej/żonatej

Data: _____

OŚWIADCZENIA

- ___ A. Mam (liczba) _____ nieletnich dzieci.
- ___ B. Mój stan cywilny: samotny/a, żonaty/a, rozwiedziony/a, wdowiec/wdowa, w separacji bez więzi finansowych z żoną/mężem.
- ___ C. Nie otrzymuję alimentów na dzieci ani dla siebie od byłego męża/żony/innej osoby.
- Podpisano: _____
- ___ D. Oświadczam, że nie posiadałem/łam żadnego dochodu od: ____/____/____ do ____/____/____.
- Podpisano: _____
- ___ E. W dniu uzyskania usługi byłem/am ___ bezrobotny/a lub ___ zatrudniony/a w/przez: _____
- Data zatrudnienia: ____/____/____ Otrzymywałem/am _____ USD tygodniowo, co dwa tygodnie, miesięcznie, rocznie.
- Inne dochody otrzymywane od _____ USD tygodniowo, co dwa tygodnie, miesięcznie, rocznie.
- ___ F. Oświadczam, że nie posiadam majątku.
- Podpisano: _____
- ___ G. Oświadczam, że jestem bezdomny/a od ____/____/____. Od czasu do czasu przebywam w miejscowym schronisku dla bezdomnych.
- Mam/Nie mam dowodu tożsamości.
- Nazwa i adres schroniska: _____
- Podpisano: _____
- ___ H. Oświadczam, że nie złożyłem zeznania podatkowego za rok _____ z powodu _____.
- ___ I. Oświadczam, że nie ma ubezpieczenia zdrowotnego.
- Podpisano: _____
- ___ J. Zamieszkiwałem/am pod adresem _____
- Samotnie/wraz z _____
- ___ K. Jestem mieszkańcem stanu New Jersey od _____. Nie jestem mieszkańcem żadnego innego stanu lub kraju i zamierzam nadal mieszkać w stanie New Jersey.
- Podpisano: _____
- ___ L. ___ L. Nie jestem mieszkańcem stanu New Jersey. Zostałem/am przyjęty/a do szpitala na oddział pogotowia.
- Podpisano: _____
- ___ M. Składam niniejsze oświadczenie w ramach wniosku o Charity Care.

Przyjmuję do wiadomości, że podane informacje będą sprawdzone przez Atlantic Health System i władze federalne lub stanowe. Umyślne oświadczenie nieprawdy uniemożliwi szpitalowi refundację wszelkich należności nieobjętych ubezpieczeniem przez stronę trzecią. Na żądanie Atlantic Health System złożę wniosek do władz lub do innej organizacji udzielającej pomocy o zapłatę rachunku szpitalnego, jeżeli mam do tego uprawnienia.

System opieki zdrowotnej Atlantic Health System

Zaświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą informacje na temat dochodów, wielkości rodziny i stanu majątkowego są prawdziwe i dokładne.

Podpisano: _____

Data: _____

Świadek: _____

Data: _____