

# Atlantic Health System

MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
100 Madison Avenue Interoffice Box 111  
Street  
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: Бюро финансовых консультаций  
Pompton Plains, NJ 07444

HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER  
651 Willow Grove  
Hackettstown, NJ 07840

В ваши обязанности входит предоставление всех документов, которые требуются при подаче заполненного заявления на участие в программе Финансовая помощь и письменного свидетельства. Как сам пациент, так и супруг (-а) пациента должны заполнить соответствующую страницу письменного свидетельства.

Примите к сведению, что для обработки вашего заявления могут также потребоваться и другие документы, помимо перечисленных ниже. Примите к сведению, что, если вам больше 18 лет, но еще не исполнилось 22 года, и вы являетесь студентом очного отделения, вы должны будете предоставить свое удостоверение личности, а также удостоверения личности ваших родителей или законного опекуна, братьев и сестер. Вы также будете обязаны предоставить сведения о доходах и активах своих родителей или законного опекуна.

- Один из видов идентификации личности для каждого члена семьи, в том числе для самого пациента, супруга (-и) пациента и несовершеннолетних иждивенцев. Приемлемые формы удостоверения личности: водительское удостоверение США, паспорт, карточка социального обеспечения, свидетельство о рождении, регистрационная карточка иностранца или идентификационная карточка сотрудника.
- Подтверждение адреса на (дату обслуживания / подачи заявления) \_\_\_\_\_. К приемлемым формам подтверждения адреса, по которому вы проживали непосредственно перед датой обслуживания / подачи заявления, относятся: документ об аренде или счет за коммунальные услуги. Почтовое отправление с указанием имени пациента и его адреса также является приемлемым, но на нем должен быть проставлен почтовый штамп отправления с датой не ранее 2 месяцев до даты обслуживания / подачи заявления. Никакие документы, имеющие дату после даты обслуживания, приниматься не будут. Документы, на которых указан адрес с а/я, не принимаются.
- Документация о совокупном доходе за один месяц, три месяца или один год непосредственно перед датой обслуживания / подачи заявления как для пациента, так и для супруги (-а). Это могут быть следующие документы:
  - Корешки о начислении заработной платы от работодателя (за 4 недели подряд непосредственно перед \_\_\_\_\_).
  - Информация по пособию по безработице (за 4 недели подряд непосредственно перед \_\_\_\_\_).
  - Письмо о назначении выплат социального обеспечения, другие документы с указанием льгот по пенсии, инвалидности, пособию на содержание ребенка, алиментам, аннуитету и пр.
  - Напечатанное на фирменном бланке письмо от работодателя с указанием трудового стажа, частоты выплат заработной платы и суммы дохода до удержания налога (указанная сумма не должна быть приблизительной, а только точной, и в письме должно фигурировать слово "gross" ("до удержания налога"))
  - Выписка из бухгалтерии с указанием скорректированного совокупного дохода, если сам пациент и/или супруг (-а) являются индивидуальными предпринимателями. Должен быть указан идентификационный номер налогоплательщика, выписка должна быть подписана лицом, подготовившим документ. Выписка должна иметь дату выдачи ровно за один месяц, три месяца или один год до даты обслуживания / подачи заявления. Необходимые точные даты: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ по \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
  - Заявление о поддержке от лица, предоставляющего жилье и питание, если пациент и супруг(-а) не получают никакого дохода.

# Atlantic Health System

- Самая последняя банковская выписка (по расчетным и сберегательным счетам) как для пациента, так и для супруги (-а) по состоянию на (дату обслуживания / подачи заявления) \_\_\_\_\_. Нам также потребуются балансовые выписки всех пенсионных фондов, доверительных фондов; депозитных сертификатов (CD); выписка о величине собственного капитала, вложенного в недвижимость, которая находится во владении, за исключением основного места жительства; выписки акций; облигаций, индивидуального пенсионного счета IRA и других ликвидных активов.
  
- Самая последняя поданная налоговая декларация, включая все шкалы налоговых ставок и 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

## APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE

ФИО пациента		Номер социального страхования		Дата рождения	
Адрес		Город		Штат	
Работодатель		Дом. тел.		Зарплата до вычетов	
Другой доход		Совокупный доход семьи до вычетов (на дату обслуживания)			
Государственное пособие \$	Пособие по безработице \$	За последние 12 месяцев	За последние 3 месяца	В ГОДОВОМ ИСЧИСЛЕНИИ	
Социальное обеспечение \$	Компенсация работнику, получившему травму на работе \$	Количество членов семьи	Имена и даты рождения		
Пенсия от Управления по делам бывших военнослужащих \$	Алименты \$				
Аренда \$	Прочее \$				
Ликвидные активы					
Сберегательный счет	Расчетный счет	Депозитные сертификаты (CD)		Казначейские векселя (T-BILLS)	
Индивидуальный пенсионный счет IRA	Денежное обязательство / корпоративные акции	Прочее		Всего ликвидных активов	
Категория, по которой не имеет прав на льготы Medicaid _____ Высокий уровень доходов _____ Отсутствие инвалидности _____ Иммигрант, не имеющий права					
Стоимость недвижимости \$					
Название компании страхования здоровья				Номер страхового полиса	
Адрес		Город		Штат	
Сумма счета, оплачиваемая страховой компанией		Сумма счета, не оплачиваемая страховой компанией		Дата предоставления услуг	
<p>Настоящим удостоверяю, что приведенная выше информация является достоверной и точной, насколько мне это известно. Более того, я обязуюсь подать заявление на получение любой помощи (Medicaid, Medicare, от страховой компании и пр.), которая может быть предоставлена мне по оплате моих счетов за больничное обслуживание, предпринять все разумно необходимые меры для получения такой помощи и ассигновать/оплатить больнице возмещенную мне сумму на погашение счета, выставленного к оплате за больничные услуги. Я понимаю, что обязан (-а) представить больнице подтверждение о предоставлении мне льгот Medicaid. Я понимаю, что данное заявление подается с целью, чтобы больница могла оценить, есть ли у меня право на получение бесплатных услуг в рамках Программы Государственного департамента здравоохранения о предоставлении бесплатного медицинского обслуживания. На основании установленных критериев, приобщенных к делу в больнице, если какие-либо представленные мной сведения окажутся не соответствующими действительности, я понимаю, что больница имеет право пересмотреть мое финансовое положение и принять любые соответствующие меры.</p>					
_____ Дата обращения			_____ Подпись заявителя		

# Atlantic Health System

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ НИЖЕ ЧЕРТЫ (ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

Установление соответствия требованиям		
Дата получения заявки	Доходы проверены ___Да ___Нет	___ Заявка одобрена ___ Готовится проверка доходов  Готовится определения Medicaid
<b>Заявку отклонено</b>		
<b>ПРИЧИНА:</b>		
	Подпись специалиста, отвечающего за определения	Дата
<b>Процент соответствия</b>	%	
<b>ПРИМИТЕ К СВЕДЕНИЮ, ЧТО, ЕСЛИ ВАШЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ОТКЛОНЕНО, ВЫ СМОЖЕТЕ ПОДАТЬ ЕГО ПОВТОРНО ПРИ ПОЛУЧЕНИИ УСЛУГ В БУДУЩЕМ</b>		

# Atlantic Health System

Для заполнения пациентом

## ПИСЬМЕННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО

\_\_\_ MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
\_\_\_ OVERLOOK MEDICAL CENTER  
\_\_\_ NEWTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ CHILTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

\_\_\_ A. У меня (кол-во) \_\_\_\_\_ несовершеннолетних детей.

\_\_\_ B. Семейное положение: не женат (не замужем), состою в браке, в разводе, вдова (вдовец), проживаю отдельно от супруга (-и) и не имею никаких финансовых связей с ним (ней).

\_\_\_ C. Я не получаю никаких денежных выплат на ребенка / алиментов от моего бывшего супруга (-и) / спутника жизни.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ D. Я подтверждаю, что не имел (-а) доходов в период с: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ по \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ E. Во время обслуживания я являлся (-лась) \_\_\_\_\_ безработным (-ой) или \_\_\_\_\_ сотрудником компании:

\_\_\_\_\_

Дата приема на работу: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Я получал (-а) \_\_\_\_\_ долларов США еженедельно, раз в две недели, ежемесячно, в год.

Другой доход, получаемый от \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ долларов США еженедельно, раз в две недели, ежемесячно, в год.

\_\_\_ F. Я подтверждаю, что не имею никаких активов.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ G. Я подтверждаю, что не имею определенного места жительства и не имел (-а) его с \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Иногда я проживаю / я не проживаю в местном приюте.

У меня есть / у меня нет удостоверения личности.

Название/адрес временного приюта: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ H. Я подтверждаю, что не подавал (-а) налоговую декларацию за год \_\_\_\_\_, потому что \_\_\_\_\_.

\_\_\_ I. Я подтверждаю, что у меня не было медицинского страхового полиса.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ J. Я проживаю по адресу \_\_\_\_\_

Только я один (одна) / вместе с \_\_\_\_\_

\_\_\_ K. Я являюсь жителем штата Нью-Джерси с \_\_\_\_\_. Я не являюсь жителем никакого другого штата или страны и намереваюсь продолжить проживание в штате Нью-Джерси.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ L. Я не являюсь жителем штата Нью-Джерси. Я был (-а) доставлен (-а) в больницу в связи с экстренными обстоятельствами.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ M. Я представляю данный affidavit с целью подачи заявления на участие в программе Charity Care.

Я понимаю, что предоставленные мной сведения подлежат проверке со стороны Atlantic Health System и федерального правительства или правительства штата. Умышленное искажение фактов приведет к тому, что больнице откажут в праве на получение компенсации за любые расходы, не покрываемые сторонней страховой компанией.

# Atlantic Health System

По требованию Atlantic Health System я обязуюсь обратиться с заявлением на получение государственной или другой медицинской помощи с целью оплаты больничного счета, если будет решено, что я имею право на получение такой финансовой помощи.

Настоящим удостоверяю, что информация о доходах, составе семьи и активах является достоверной и точной, насколько мне это известно.

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Свидетель: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

.Если состоите в браке, должно быть заполнено супругом (-ой)

\_\_\_\_ MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
\_\_\_\_ OVERLOOK MEDIAL CENTER  
\_\_\_\_ NEWTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_\_ CHILTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_\_ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

## ПИСЬМЕННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО

\_\_\_ A. У меня (кол-во) \_\_\_\_\_ несовершеннолетних детей.

\_\_\_ B. Семейное положение: не женат (не замужем), состою в браке, в разводе, вдова (вдовец), проживаю отдельно от супруга (-и) и не имею никаких финансовых связей с ним (ней).

\_\_\_ C. Я не получаю никаких денежных выплат на ребенка / алиментов от моего бывшего супруга (-и) / спутника жизни.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ D. Я подтверждаю, что не имел (-а) доходов в период с: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ по \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ E. Во время обслуживания я являлся (-лась) \_\_\_\_\_ безработным (-ой) или \_\_\_\_\_ сотрудником компании:

Дата приема на работу: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Я получал (-а) \_\_\_\_\_ долларов США еженедельно, раз в две недели, ежемесячно, в год.

Другой доход, получаемый от \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ долларов США еженедельно, раз в две недели, ежемесячно, в год.

\_\_\_ F. Я подтверждаю, что не имею никаких активов.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ G. Я подтверждаю, что не имею определенного места жительства и не имел (-а) его с \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Иногда я проживаю / я не проживаю в местном приюте.

У меня есть / у меня нет удостоверения личности.

Название/адрес временного приюта: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ H. Я подтверждаю, что не подавал (-а) налоговую декларацию за год \_\_\_\_\_, потому что \_\_\_\_\_.

\_\_\_ I. Я подтверждаю, что у меня нет медицинского страхового полиса.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ J. Я проживаю по адресу \_\_\_\_\_

Только я один (одна) / вместе с \_\_\_\_\_

\_\_\_ K. Я являюсь жителем штата Нью-Джерси с \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Я не являюсь жителем никакого другого штата или страны и намереваюсь продолжить проживание в штате Нью-Джерси.

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ L. Я не являюсь жителем штата Нью-Джерси. Я был (-а) доставлен (-а) в больницу в связи с экстренными обстоятельствами.

# Atlantic Health System

Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_ М. Я представляю данный affidavit с целью подачи заявления на участие в программе Charity Care.

Я понимаю, что предоставленные мной сведения подлежат проверке со стороны Atlantic Health System и федерального правительства или правительства штата. Умышленное искажение фактов приведет к тому, что больнице откажут в праве на получение компенсации за любые расходы, не покрываемые сторонней страховой компанией.

По требованию Atlantic Health System я обязуюсь обратиться с заявлением на получение государственной или другой медицинской помощи с целью оплаты больничного счета, если будет решено, что я имею право на получение такой финансовой помощи.

Настоящим удостоверяю, что информация о доходах, составе семьи и активах является достоверной и точной, насколько мне это известно.

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Свидетель: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_