

برنامج المساعدة في الرعاية بمستشفى نيو جيرسي

يجب إرفاق وثائق إثبات الهوية، إثبات الدخل وإثبات الأصول مع هذا الطلب. أرسل نسخ عن كافة الوثائق المطلوبة. لا ترسل النسخ الأصلية حيث أنها لن تعاد.

القسم I - معلومات شخصية

1. اسم المريض		2. رقم الضمان الاجتماعي	
(الاسم الأوسط) (الاسم الأول) (اسم العائلة)		- - -	
3. تاريخ الطلب		5. تاريخ الخدمة المطلوب	
سنة يوم شهر		سنة يوم شهر	
4. تاريخ الخدمة الأولي		6. عنوان المريض رقم الهاتف	
سنة يوم شهر		()	
9. حجم الأسرة*		8. المدينة، الولاية، الرمز البريدي	
10. الجنسية الأمريكية نعم ☐ لا ☐ متوقف على الطلب ☐		11. إثبات إقامة 3 اشهر في ولاية نيو جيرسي نعم ☐ لا ☐	
12. اسم الضامن (إذا كان غير المريض)			

القسم II - معايير الأصول

13. أصول فردية:	
14. أصول الاسرة:	
15. تشمل الأصول:	
(أ) مبالغ نقدية	
(ب) حسابات إيداع	
(ت) حسابات مصرفية جارية	
(ث) شهادات إيداع/I.R.A.	
(ج) ملكية في عقار (باستثناء عقار الإقامة الرئيسي)	
(ح) أصول أخرى (أوراق مالية حكومية، أوراق مالية متداولة - أسهم شركات وسندات)	
(خ) الإجمالي	

* يشمل حجم الأسرة الذات والزوج/الزوجة وأي أطفال قاصرين. الإمراة الحامل تعتبر كفردين في الأسرة.

طلب اشتراك (تابع)

القسم III - معايير الأصول

عند تحديد الأهلية للمساعدة في رعاية المستشفى، يجب استخدام دخل الزوج/الزوجة لشخص بالغ. دخل وأصول الوالد/الوالدة أو الوالدين لطفل قاصر. يجب إرفاق إثبات الدخل مع هذا الطلب.

يستند الدخل على حساب إما على دخل اثنا عشر شهراً أو ثلاث أشهر أو شهر واحد قبل تاريخ الخدمة. الدخل الإجمالي لمريض/أسرة يساوي أيهما أقل من التالي:

آخر 12 شهر	أو	آخر 3 أشهر X 4	أو	آخر 1 شهر X 12

16. مصدر الدخل

سنوياً	كل شهر	كل أسبوع	
☐	☐	☐	(أ) الراتب/الأجور قبل الاقتطاعات
☐	☐	☐	(ب) المساعدة العامة
☐	☐	☐	(ت) استحقاقات الضمان الاجتماعي
☐	☐	☐	(ث) تعويضات البطالة والإصابة في العمل
☐	☐	☐	(ج) استحقاقات المحاربين القدامى
☐	☐	☐	(ح) نفقات الزوجة المطلقة/إعالة الطفل
☐	☐	☐	(خ) مساعدات مالية أخرى
☐	☐	☐	(د) دفعات التقاعد
☐	☐	☐	(ذ) دفعات التأمين والدفعات الشهرية أو السنوية من استثمارات
☐	☐	☐	(ر) أرباح/فوائد
☐	☐	☐	(ز) دخل من إيجار
☐	☐	☐	(س) دخل صافي من عمل تجاري (العاملون لحسابهم الخاص يتم إثباته من قبل مصدر مستقل)
☐	☐	☐	(ش) غير ذلك (استحقاقات إضراب، رواتب تدريب، استحقاقات عسكرية - تعويضات عائلية، دخل من ممتلكات عقارية وإئتمانات)
☐	☐	☐	(ص) الإجمالي

القسم IV - الشهادة على الطلب

إني على معرفة أن المعلومات التي قدمتها تخضع للتدقيق من قبل منشأة الرعاية الصحية المناسبة والحكومات الفدرالية والتابعة للولاية. التضليل المتعمد لهذه الحقائق يجعلني مسؤولاً عن جميع رسوم المستشفى والتعرض لعقوبات مدنية.

إذا طلب مني ذلك من قبل منشأة الرعاية الصحية، سوف أقدم طلباً للحصول على المساعدة الطبية الحكومية أو الخاصة لدفع فاتورة المستشفى.

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه بشأن عدد أفراد العائلة والدخل والأصول حقيقية وصحيحة.

إني على اطلاع أنه من واجبي إعلام المستشفى عن أي تغيير في الوضع في ما يخص دخلي أو أصولي.

18. التاريخ

17. توقيع المريض أو الضامن