

Vous trouverez en pièces jointes les formulaires de demande d'aide financière/Charity Care.

Vous pouvez faire une demande d'aide financière durant l'année qui suit votre sortie de l'hôpital ou la réception de soins ambulatoires.

Charity Care est disponible aux résidents du New Jersey qui ne sont pas assurés ou qui sont sous-assurés ou inadmissibles aux programmes fédéraux et d'État.

Vous devez satisfaire aux critères d'admissibilité relatifs au revenu et aux actifs afin d'être admissible.

Charity Care couvre les soins hospitaliers. Le programme ne s'applique pas aux médecins ni aux autres prestataires facturant leurs services de manière indépendante.

- Veuillez remplir et signer le formulaire de demande
- Joignez des copies de tous les documents nécessaires.
- La totalité des documents se base sur la date de signification.
- Votre date initiale ou première date de signification est le _____
- Si vous êtes âgé(e) de 21 ans ou moins et que vous êtes un(e) étudiant(e) universitaire à temps plein, vos parents ou tuteur doit remplir la demande et fournir les documents justificatifs nécessaires. Veuillez fournir une preuve de votre statut d'étudiant(e).

Si vous avez des questions au sujet de la demande ou des documents nécessaires à votre demande, veuillez appeler un conseiller financier au 732-902-7080. Les conseillers sont à votre disposition du lundi au vendredi de 8h00 à 16h00.

() JERSEY SHORE UNIVERSITY MEDICAL CENTER (JSUMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1945 STATE ROUTE 33
NEPTUNE, NJ 07753

() SOUTHERN OCEAN MEDICAL CENTER (SOMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1140 ROUTE 72 WEST
MANAHAWKIN, NJ 08050

() OCEAN MEDICAL CENTER (OMC)
(RBMC-PA)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
425 JACK MARTIN BLVD
BRICK, NJ 08724

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER – PERTH AMBOY
PATIENT FINANCIAL SERVICES
530 NEW BRUNSWICK AVE
PERTH AMBOY, NJ 08861

() RIVERVIEW MEDICAL CENTER (RMC)
(RBMC-OB)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 RIVERVIEW PLAZA
RED BANK, NJ 07701

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER – OLD BRIDGE
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 HOSPITAL PLAZA
OLD BRIDGE, NJ 08857

() BAYSHORE COMMUNITY HOSPITAL (BCH)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
727 NORTH BEERS STREET
HOLMDEL, NJ 07733

Afin de nous apporter davantage votre aide dans le traitement de votre demande de soins auprès de Charity Care, veuillez nous fournir des copies des documents énumérés ci-dessous qui s'appliquent à votre situation. Si vous ne fournissez pas les documents appropriés énumérés ci-dessous ou si votre demande est incomplète, nous ne pourrions malheureusement pas traiter votre demande. Tous les documents nécessaires se basent sur votre date de signification. La date de signification est le premier jour où vous étiez réellement à l'hôpital.

Cartes d'assurance, veuillez copier le recto et le verso

Carte d'identité personnelle du patient, du conjoint, des enfants de moins de 18 ans et des étudiants universitaires à temps plein de moins de 21 ans.

- Veuillez en choisir une pièce d'identité pour chaque membre de votre famille : permis de conduire, certificat de naissance, carte de sécurité sociale, passeport

Relevés d'actifs comprenant le solde à la date de votre signification

- Relevés de compte de chèques, d'épargne et de carte de débit
- Si le relevé est en version imprimée, faites-le estampiller et signer par le représentant de l'institution financière.
- Les dépôts faits en plus de votre revenu déclaré peuvent requérir une explication.
- Documents actuels pour tous les CD, IRA, 401K, actions ou obligations.

Preuve de revenu du mois précédant la date de signification

- Preuve de revenu gagné, y compris des talons de chèque de paie ou un état des gains bruts signé par votre employeur sur du papier à en-tête commercial.
- Si vous êtes travailleur indépendant, un compte de résultat signé par un comptable est requis.
- Preuve de revenu non gagné, y compris, mais sans s'y limiter, la pension de retraite, la pension alimentaire pour enfants, la pension alimentaire, les prestations d'anciens combattants, la lettre d'indemnisation de la sécurité sociale, les lettres d'indemnisation SSI pour tous les membres de la famille, le dossier de chômage ou sur l'état d'invalidité ou autres cotisations financières.
- Copie complète de votre déclaration de revenus de l'année précédente. Si vous n'avez pas rempli de déclaration, veuillez appeler le 1-800-829-1040 afin de demander une vérification du statut de non-déclarant.

Preuve de résidence avant la date de signification

- Doit indiquer l'adresse postale – PAS une boîte postale
- Veuillez choisir l'une des options suivantes : permis de conduire, copie du bail, facture de services publics, lettre de soutien, courrier daté avec vos nom et adresse émis avant la date de signification

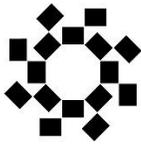
Attestation du patient : (signer et dater tout ce qui s'applique).

- Attestation du conjoint s'il/si elle est marié(e) (signer et dater tout ce qui s'applique).

Faites signer la lettre de soutien ci-jointe par la personne avec qui vous habitez (autre qu'un conjoint) qui vous aide à subvenir à vos besoins.

Veuillez poster votre demande et vos documents à l'adresse suivante :

**Jersey Shore University Medical Center
Financial Assistance
1945 State Route 33
Neptune, NJ 07753-9986**



Programme d'aide aux soins de l'hôpital du New Jersey

Demande de participation

() CMUCJ () CMO () CMR () HCB () CMOA () BR-PA () RB-VP

SECTION I – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM DU PATIENT (NOM, PRÉNOM, INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM) NAISSANCE		SÉCURITÉ SOCIALE		DATE DE
DATE DE LA DEMANDE OUI NON	DATE DE SIGNIFICATION	LANGUE SOUHAITÉE	ENCEINTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ADRESSE PHYSIQUE DU PATIENT		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE/PORTABLE ()		
VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL CIVIL		TAILLE DE LA FAMILLE	ÉTAT	
CITOYENNETÉ AMÉRICAINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> RÉSIDENT LÉGAL DEPUIS : _____		PREUVE DE RÉSIDENCE AU NEW JERSEY OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SERVICES D'URGENCE <input type="checkbox"/>		
NOM DU GARANT (si autre que le patient)		COUVERTURE D'ASSURANCE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON NOM : _____ POLICE N° : _____		
LIEN DE PARENTÉ AVEC D'AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE D'ASSURANCE	DATE DE NAISSANCE	ENCEINTE	COUVERTURE	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

SECTION II – CRITÈRES RELATIFS AUX ACTIFS

LES ACTIFS COMPRENNENT:

- A. Comptes d'épargne _____
- B. Comptes chèque _____
- C. Certificats de dépôt/IRA _____
- D. Patrimoine immobilier (autre que la résidence principale) _____
- E. Autres éléments d'actif, 401K, actions et obligations _____
- F. TOTAL _____

*LA TAILLE DE LA FAMILLE COMPREND VOTRE CONJOINT, VOS ENFANTS MINEURS ET VOUS-MÊME. UNE FEMME ENCEINTE EST COMPTÉE COMME DEUX MEMBRES DE LA FAMILLE.

SECTION III – CRITÈRES DE REVENU

Le revenu et les crédits du conjoint doivent être utilisés pour le(s) parent(s) adulte(s) afin de déterminer l'admissibilité à l'aide aux soins hospitaliers
 Le revenu et les crédits doivent être utilisés pour un enfant mineur. Une preuve de revenu doit être jointe à la présente demande.
 Le revenu est basé sur le calcul de douze mois, trois mois, un mois ou une semaine de revenu avant la date de signification.

NOM DE L'EMPLOYEUR : \$ _____	REVENU TOTAL
----------------------------------	--------------

SOURCE DE REVENU :	Hebdomadaire	Mensuelle	Annuelle
A. Rémunération/salaires avant déductions _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Aide publique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Sécurité sociale/prestations d'invalidité _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Chômage et indemnité pour accident du travail _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Prestations d'ancien combattant _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Pension/pension alimentaire pour enfants _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Autres mesures de soutien monétaire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Paiements de retraite _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Versements d'assurance ou de rente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendes/intérêts _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Revenus de location _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Revenu net d'entreprise _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Autres (indemnités de grève, allocations de formation, Attribution familiale militaire, succession ou fiducie) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre source de revenu : _____			

SECTION IV – CERTIFIÉ PAR LE DEMANDEUR

Je comprends que les renseignements que je fournis peuvent être soumis à une vérification par l'établissement de soins de santé approprié et par le gouvernement fédéral ou le gouvernement de l'État. Toute fausse déclaration délibérée de ces faits me rendra responsable de tous les frais d'hospitalisation sous peine de sanctions civiles.

Si l'établissement de soins de santé l'exige, je ferai la demande d'une aide médicale gouvernementale ou privée afin de payer la facture de l'hôpital.

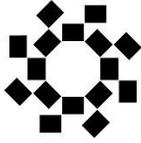
Je certifie que les renseignements ci-dessus concernant ma situation de famille, mon revenu et mes actifs sont véridiques et exacts.

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'aviser l'hôpital de tout changement de statut en ce qui concerne mon revenu ou mes actifs.

SIGNATURE DU PATIENT OU DU TUTEUR	DATE
--	-------------

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION : Responsabilité Aucune couverture d'assurance _____ %
 Après la couverture d'assurance _____ %

DATE D'APPROBATION : _____ En vigueur : _____ Fin : _____



Hackensack
Meridian Health

ATTESTATION DU PATIENT

SIGNEZ CI-DESSOUS TOUT CE QUI PEUT S'APPLIQUER À VOTRE SITUATION :

1. J'atteste qu'en date du _____ je n'ai PAS reçu de revenu.
DATE

(Patient/partie responsable) Relation DATE

2. J'atteste que je ne possède AUCUN ACTIF (comptes bancaires, CD, etc.) m'appartenant ou appartenant à toute autre partie.

(Patient/partie responsable) Relation DATE

3. J'atteste que je suis SANS-ABRI et que j'ai été SANS-ABRI depuis _____

(Patient/partie responsable) Relation DATE

4. J'atteste que je ne souscris moi-même à AUCUNE COUVERTURE MÉDICALE ou par le biais de toute autre partie afin de couvrir le montant impayé de mes factures.

(Patient/partie responsable) Relation DATE

L'ATTESTATION DE RÉSIDENCE DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE PATIENT/LA PARTIE RESPONSABLE

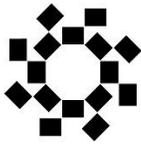
5. J'ATTESTE QUE JE SUIS/J'ÉTAIS RÉSIDENT(E) DU NEW JERSEY AU MOMENT OÙ J'AI REÇU LES SERVICES ET que JE COMPTE CONSERVER MA RÉSIDENCE AU NEW JERSEY.

(Patient/partie responsable) Relation DATE

6. J'ATTESTE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PRÉSENTE ATTESTATION SONT VÉRIDIQUES, COMPLETS ET EXACTS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.

Conjoint/partie responsable) Relation DATE

Intervieweur



ATTESTATION DU CONJOINT

SIGNEZ CI-DESSOUS TOUT CE QUI PEUT S'APPLIQUER À VOTRE SITUATION :

1. J'atteste qu'en date du _____ je n'ai PAS reçu de revenu.
DATE

(Conjoint/partie responsable) Relation DATE

2. J'atteste que je ne possède AUCUN ACTIF (comptes bancaires, CD, etc.) m'appartenant ou appartenant à toute autre partie.

(Conjoint/partie responsable) Relation DATE

3. J'atteste que je suis SANS-ABRI et que j'ai été SANS-ABRI depuis _____

(Conjoint/partie responsable) Relation DATE

4. J'atteste que je ne souscris moi-même à AUCUNE COUVERTURE MÉDICALE ou par le biais de toute autre partie afin de couvrir le montant impayé de mes factures.

(Conjoint/partie responsable) Relation DATE

L'ATTESTATION DE RÉSIDENCE DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE PATIENT/LA PARTIE RESPONSABLE

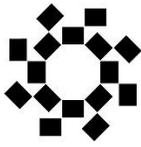
5. J'ATTESTE QUE JE SUIS/J'ÉTAIS RÉSIDENT(E) DU NEW JERSEY AU MOMENT OÙ J'AI REÇU LES SERVICES ET que JE COMPTE CONSERVER MA RÉSIDENCE AU NEW JERSEY.

(Conjoint/partie responsable) Relation DATE

6. J'ATTESTE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PRÉSENTE ATTESTATION SONT VÉRIDIQUES, COMPLETS ET EXACTS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.

(Conjoint/partie responsable) Relation DATE

Intervieweur



LETTRE DE SOUTIEN/D'AIDE

PATIENT :

DATE :

DATE DE NAISSANCE :

DATE INITIALE DE SIGNIFICATION :

À REMPLIR PAR LA PERSONNE QUI FOURNIT UN SOUTIEN AU PATIENT. NE COMPREND PAS UN CONJOINT VIVANT AVEC VOUS.

J'atteste que les renseignements ci-dessous sont véridiques et exacts. Je comprends parfaitement que le fait de donner de fausses informations ou de ne pas fournir les informations complètes demandées peut constituer un motif de fraude et Meridian Health peut prendre toute mesure légale appropriée. Je comprends en outre que je serai tenu(e) personnellement responsable si l'information est fausse, incomplète ou trompeuse d'une certaine façon.

Cochez ci-dessous ce qui s'applique :

La personne susmentionnée vit avec moi et l'a fait depuis le **(Date)** : _____

La personne susmentionnée était un résident du N.J. au moment de la signification, n'a pas de résidence dans un autre État ou pays et a l'intention de rester dans l'État.

La personne susmentionnée n'est couverte par aucun type d'assurance médicale, y compris Medicaid ou Medicare.

La personne susmentionnée est actuellement sans emploi et l'a été pendant au moins un mois avant l'entrée en vigueur de la date de signification indiquée ci-dessus.

La personne susmentionnée ne reçoit pas d'allocations chômage ou d'autres types d'allocations, telles que handicap, allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI), assistance publique, etc.

Je fournis de la nourriture et j'offre un abri à la personne susmentionnée.

Je fournis de l'argent en espèces d'un montant de _____ \$ par mois à la personne susmentionnée.

La personne susmentionnée ne vit pas avec moi, mais je lui apporte un soutien sous la forme :

Signature
susmentionnée

Votre lien de parenté avec la personne

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____