

In allegato può trovare i suoi moduli di richiesta di Charity Care/Financial Aid (assistenza sanitaria per indigenti/assistenza finanziaria).

Può effettuare la richiesta di Financial Aid entro 1 anno dalla dimissione dall'ospedale o dal ricevimento di cure ambulatoriali.

La Charity Care è disponibile per i residenti del New Jersey che non sono assicurati, dispongono di una sottoassicurazione o non sono idonei per programmi statali o federali.

Per essere idoneo deve soddisfare entrambi i requisiti di reddito e patrimonio.

La Charity Care copre le cure ospedaliere. Il programma non si applica a medici o altri fornitori che fatturano in maniera indipendente le proprie prestazioni.

- La preghiamo di compilare e firmare la richiesta
- Allegare copie di tutti i documenti richiesti.
- Tutta la documentazione è basata sulla data del servizio.
- La sua iniziale o prima Data del Servizio è _____
- Se ha 21 anni o è più giovane ed è uno studente universitario a tempo pieno, il suo genitore o tutore legale deve compilare la richiesta e fornire tutta la documentazione giustificativa necessaria. Si prega di fornire una prova del proprio status di studente.

Qualora abbia domande in merito alla richiesta o alla documentazione necessaria per effettuare la richiesta, la preghiamo di contattare un consulente finanziario al numero 732-902-7080. I consulenti sono disponibili dal Lunedì al Venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 16:00.

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

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

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

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

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

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

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

Per agevolare ulteriormente l'elaborazione da parte nostra della sua richiesta di Charity Care, la preghiamo di fornire le copie dei documenti elencati qui di seguito che si applicano alla sua situazione. Se la documentazione adeguata indicata qui di seguito non viene fornita o la sua richiesta non risulta completa, non saremo in grado di elaborare la sua richiesta. Tutti i documenti richiesti sono basati sulla sua Data del Servizio. Per Data del Servizio si intende il primo giorno nel quale lei è stato effettivamente ricoverato in ospedale.

Tessere Sanitarie, si prega di fotocopiare fronte e retro

Documento d'identità per paziente, coniuge, figli di età inferiore a 18 anni e studenti universitari a tempo pieno di età inferiore a 21 anni.

- La preghiamo di selezionare un documento per ogni membro della sua famiglia: patente di guida, certificato di nascita, tessera di Previdenza Sociale, passaporto

Stato patrimoniale che include il saldo alla data del servizio

- Estratti conto dei conti correnti, di risparmi e di carte di debito
- Qualora il documento relativo all'estratto conto sia stampato, un rappresentante dell'istituto finanziario deve apporre timbro e firma.
- Eventuali depositi che superano il reddito da lei riferito potrebbero richiedere una spiegazione.
- Documentazione attuale per ogni CD, IRA, 401K, azioni, obbligazioni.

Giustificativo di Reddito riferito al mese precedente alla data del servizio

- Prova del reddito da lavoro, comprese le buste paga o una dichiarazione scritta del reddito lordo firmata dal datore di lavoro su carta intestata.
- Se lei è un lavoratore autonomo, occorre una dichiarazione dei redditi firmata da un contabile.
- Prova della rendita, ivi compresi ma senza limitazione alcuna, pensione di vecchiaia, contributi per figli a carico, alimenti, sussidi per veterani, lettera di attribuzione di Previdenza Sociale, lettere di Attribuzione SSI per tutti i membri della famiglia, indennità di disoccupazione o indennità di Invalidità Civile o altri contributi finanziari.
- Copia completa della Dichiarazione dei Redditi relativa all'anno precedente. Se non ha presentato la dichiarazione dei redditi, la preghiamo di contattare il numero 1-800-829-1040 per richiedere una verifica dello status di non dichiarante.

Certificato di Residenza prima della data del servizio

- Deve mostrare la via e il numero civico – NON una PO Box (casella postale)
- Si prega di selezionare uno dei seguenti documenti: patente di guida, copia del contratto di locazione, lettera di sostegno, corrispondenza datata con il suo nome e indirizzo prima della data del servizio

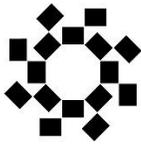
Attestazione del paziente: (firmare e datare tutti i documenti applicabili).

- Attestazione del coniuge se coniugato: (firmare e datare tutti i documenti applicabili).

La Lettera di Sostegno deve essere firmata dalla persona con la quale risiede (diversa dal coniuge), che la sta aiutando a mantenersi.

La preghiamo di inviare la sua richiesta ed i suoi documenti a:

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



Programma di Assistenza Sanitaria New Jersey Hospital

Richiesta di Partecipazione

() JSUMC () OMC () RMC () BCH () SOMC () RB-PA () RB-OB

SEZIONE I – INFORMAZIONI PERSONALI

NOME DEL PAZIENTE (COGNOME, NOME, EVENTUALI ALTRI NOMI)		PREVIDENZA SOCIALE	DATA DI NASCITA	
DATA DELLA RICHIESTA	DATA DEL SERVIZIO	LINGUA PREFERITA	INCINTA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
INDIRIZZO DEL PAZIENTE			NUMERO TELEFONO FISSO/CELLULARE () ()	
CITTA', STATO, CAP CIVILE			STATO DI FAMIGLIA	STATO
CITTADINANZA USA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RESIDENTE LEGALE DAL: _____		CERTIFICATO DI RESIDENZA IN N.J. <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO		
NOME DEL GARANTE (Se diverso dal Paziente)		COPERTURA ASSICURATIVA: <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		
		NOME:		POLIZZA #:
ALTRI MEMBRI DELLA FAMIGLIA	RELAZIONE	DATA DI NASCITA	INCINTA	COPERTURA ASSICURATIVA
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

SEZIONE II- CRITERI PATRIMONIALI

IL PATRIMONIO INCLUDE:

- A. Conti di Risparmio _____
- B. Conti Corrente _____
- C. Certificati di Deposito / IRA _____
- D. Proprietà Immobiliare (diversa dalla residenza principale) _____
- E. Altro Patrimonio, 401K, Azioni e Obbligazioni _____
- F. TOTALE _____

* IL NUCLEO FAMIGLIARE INCLUDE LEI STESSO, IL CONIUGE E QUALSIASI FIGLIO MINORENNE. UNA DONNA INCINTA VIENE CONTEGGIATA COME DUE MEMBRI DELLA FAMIGLIA.

SEZIONE III- CRITERI DI REDDITO

Nel determinare l' idoneità all' assistenza ospedaliera, il reddito e i crediti del coniuge devono essere utilizzati per un/i familiare/i adulto/i.
 Reddito e crediti devono essere usati per un figlio minorenni. La prova del reddito deve accompagnare questa Richiesta. Il reddito si basa sul calcolo dei dodici mesi, tre mesi, un mese o una settimana di reddito precedente alla data del servizio.

NOME DEL DATORE DI LAVORO: \$ _____	REDDITO TOTALE
--	----------------

FONTI DI REDDITO:	Settimanale	Mensile	Annuale
A. Salario / Paga al lordo delle imposte _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Assistenza Pubblica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Previdenza Sociale/Indennità di Disabilità _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Indennità di Disoccupazione e di Infortunio sul lavoro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Sussidi per Veterani _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimenti / Contributi per figli a carico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Altri Sostegni Monetari _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pagamenti Pensionistici _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Assicurazione o Pagamenti di Rendite _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendi / Interessi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Reddito da Locazione _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Utile Netto d' Esercizio _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Altro (Fondi d' assistenza, stipendi per formazione, Assegnazioni famigliari per militari, proprietà o proprietà fiduciaria) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra fonte di reddito: _____			

SEZIONE IV – CERTIFICATO DA PARTE DEL RICHIEDENTE

Sono a conoscenza del fatto che le informazioni che presento sono soggette a verifica da parte dell' idonea struttura sanitaria e da parte dei Governi Federale o Statale. La falsa dichiarazione intenzionale di questi fatti mi renderà responsabile di tutte le spese ospedaliere soggette a sanzioni civili.

Se richiesto dalla struttura sanitaria, farò richiesta di assistenza medica governativa o privata per il pagamento della fattura dell' ospedale.

Certifico che le informazioni di cui sopra concernenti il mio stato di famiglia, il mio reddito e patrimonio sono veritiere e corrette.

Comprendo che è mia esclusiva responsabilità avvisare l' ospedale di qualsiasi cambiamento nello stato del mio reddito o patrimonio.

FIRMA DEL PAZIENTE O GARANTE	DATA
-------------------------------------	-------------

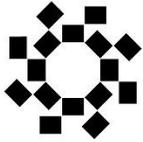
ESCLUSIVAMENTE AD USO DELL' UFFICIO: Responsabilità Nessuna copertura assicurativa

_____ %

Dopo copertura assicurativa _____ %

APPROVATO IN DATA: _____ In vigore dal: _____ Termina: _____

Firma del Perito: _____



ATTESTAZIONE DEL PAZIENTE

FIRMARE QUI DI SEGUITO QUALSIASI COSA SIA APPLICABILE ALLA SUA CONDIZIONE:

1. Io attesto che a partire dal _____ NON ho ricevuto alcun reddito.
DATA

(Paziente / Parte Responsabile)

Relazione

DATA

2. Attesto che NON DISPONGO DI PROPRIETA' (Conti correnti bancari, carte di debito, ecc.) mie o di altre terze parti.

(Paziente / Parte Responsabile)

Relazione

DATA

3. Attesto di essere SENZATETTO e di essere SENZATETTO dal _____

(Paziente / Parte Responsabile)

Relazione

DATA

4. Attesto di NON AVERE ALCUNA COPERTURA MEDICA a mio favore o eventuali altre parti che possano pagare l'importo arretrato delle mie fatture.

(Paziente / Parte Responsabile)

Relazione.

DATA

L'ATTESTAZIONE DI RESIDENZA DEVE ESSERE FIRMATA DAL PAZIENTE/PARTE RESPONSABILE

5. ATTESTO CHE SONO/ERO UN NUOVO RESIDENTE NEL NEW JERSEY AL MOMENTO DEL SERVIZIO E CHE INTENDO RIMANERE RESIDENTE NEL NEW JERSEY.

(Paziente / Parte Responsabile)

Relazione

DATA

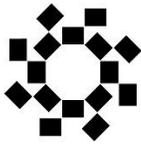
6. AFFERMO CHE TUTTE LE INFORMAZIONI FORNITE SULLA PRESENTE ATTESTAZIONE SONO VERITIERE, COMPLETE E CORRETTE PER QUANTO DI MIA CONOSCENZA.

(Paziente / Parte Responsabile)

Relazione

DATA

Intervistatore



ATTESTAZIONE CONIUGE

FIRMARE QUI DI SEGUITO QUALSIASI COSA SIA APPLICABILE ALLA SUA CONDIZIONE:

1. Io attesto che a partire dal _____ NON ho ricevuto alcun reddito.
DATA

(Coniuge / Parte Responsabile) Relazione DATA

2. Attesto che NON DISPONGO DI PROPRIETA' (Conti correnti bancari, carte di debito, ecc.) mie o di altre terze parti.

(Coniuge / Parte Responsabile) Relazione DATA

3. Attesto di essere SENZATETTO e di essere SENZATETTO dal _____

(Coniuge / Parte Responsabile) Relazione DATA

4. Attesto di NON AVERE ALCUNA COPERTURA MEDICA a mio favore o eventuali altre parti che possano pagare l'importo arretrato delle mie fatture.

(Coniuge / Parte Responsabile) Relazione DATA

L'ATTESTAZIONE DI RESIDENZA DEVE ESSERE FIRMATA DAL PAZIENTE/PARTE RESPONSABILE

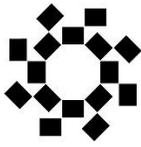
5. **ATTESTO CHE SONO/ERO UN NUOVO RESIDENTE NEL NEW JERSEY AL MOMENTO DEL SERVIZIO E CHE INTENDO RIMANERE RESIDENTE NEL NEW JERSEY.**

(Coniuge / Parte Responsabile) Relazione DATA

6. **AFFERMO CHE TUTTE LE INFORMAZIONI FORNITE SULLA PRESENTE ATTESTAZIONE SONO VERITIERE, COMPLETE E CORRETTE PER QUANTO DI MIA CONOSCENZA.**

(Coniuge / Parte Responsabile) Relazione DATA

Intervistatore



LETTERA DI SOSTEGNO / ASSISTENZA

PAZIENTE:

DATA:

DATA DI NASCITA:

DATA INIZIALE DEL SERVIZIO:

DEVE ESSERE COMPILATO DALLA PERSONA CHE STA FORNENDO SOSTEGNO AL PAZIENTE. NON DEVE INCLUDERE UN CONIUGE CHE VIVE CON LEI.

Certifico che le informazioni elencate qui di seguito sono veritiere e corrette. Comprendo appieno che fornire informazioni false o l'omissione delle informazioni complete richieste può costituire una frode e Meridian Health potrebbe intraprendere eventuali azioni legali appropriate. Inoltre comprendo che sarò personalmente ritenuto responsabile se le informazioni vengono falsificate, risultano incomplete o in qualche modo fuorvianti.

Compilare qui di seguito qualsiasi informazione applicabile alla sua condizione:

- La persona summenzionata vive con me dal **(Data):** _____
- La persona summenzionata era un residente nel N.J. al momento del servizio, non ha altra residenza in un altro stato o paese e desidera rimanere nello stato.
- La persona summenzionata non è coperta da alcun tipo di assicurazione medica, ivi comprese Medicaid o Medicare.
- La persona summenzionata è disoccupata in questo momento e lo è stata per almeno un mese prima della data del servizio sopra indicata.
- La persona summenzionata non riceve indennità di disoccupazione o qualsiasi altro tipo di benefit, come Disabilità, SSI, Sussidio Pubblico, ecc.
- Sto fornendo Vitto e Alloggio alla persona summenzionata.
- Sto fornendo Contanti per un importo di \$ _____ al mese, alla persona summenzionata.
- La persona summenzionata non vive con me ma le fornisco supporto sotto forma di:
_____.

Firma

La sua relazione con la persona summenzionata

Indirizzo: _____

Numero di telefono: _____