

Em anexo encontram-se os formulários de inscrição para Assistência de Caridade/Auxílio Financeiro.

Pode solicitar Auxílio Financeiro no prazo de 1 ano após a alta hospitalar ou de ter recebido atendimento em ambulatório.

A Assistência de Caridade está disponível para residentes de Nova Jersey que não têm seguro, estão com seguro insuficiente ou são inelegíveis para programas estaduais e federais.

Para qualificar-se, deve cumprir os critérios de elegibilidade de rendimento e de bens.

A Assistência de Caridade cobre os cuidados hospitalares. O programa não se aplica a médicos ou outros prestadores que cobram pelos seus serviços de forma independente.

- Preencha e assine a candidatura
- Anexe cópias de todos os documentos necessários.
- Toda a documentação é baseada na data do serviço.
- A sua Data de Serviço inicial ou primeiro dia é _____
- Se tem 21 anos ou menos e é estudante universitário a tempo inteiro, os seus pais ou responsáveis devem preencher a candidatura e fornecer os documentos comprovativos necessários. Forneça uma prova do seu estatuto de estudante.

Se tiver alguma dúvida sobre a inscrição ou a documentação necessária para a candidatura, ligue para um consultor financeiro através do telefone 732-902-7080. Os conselheiros estão disponíveis de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 16:00.

() 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)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
425 JACK MARTIN BLVD
BRICK, NJ 08724

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

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

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

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

Para nos ajudar a processar a sua solicitação de assistência de caridade, forneça cópias dos documentos listados abaixo que se aplicam à sua situação. Se a documentação apropriada listada abaixo não for fornecida ou se a sua inscrição estiver incompleta, não poderemos processar a sua candidatura. Todos os documentos necessários são baseados na sua data de serviço. Data do serviço significa o primeiro dia em que esteve no hospital.

Cartões de seguro, faça cópias da frente e do verso

Identificação pessoal de pacientes, cônjuges, filhos menores de 18 anos e estudantes universitários a tempo inteiro, com menos de 21 anos.

- Escolha um para cada membro da sua família: carta de condução, certidão de nascimento, cartão da Segurança Social, passaporte

Declarações de bens que incluem o saldo na sua data de serviço

- Verificação, poupança e extratos de conta do cartão de débito
- Se o extrato for impresso, imprima-o e peça a assinatura do representante da instituição financeira.
- Depósitos relacionados com o seu rendimento informado podem exigir uma explicação.
- A documentação atual de qualquer CD, IRA, 401K, ações ou títulos.

Comprovativo de rendimento do mês anterior à data do serviço

- Prova do rendimento auferido, o que inclui recibos de pagamento ou uma declaração assinada por escrito pelo seu empregador, do seu rendimento bruto, em papel timbrado da empresa.
- Se trabalha por conta própria, é necessário apresentar uma declaração de lucros e perdas, assinada por um contabilista.
- Comprovativo de rendimento não salarial, que inclui, entre outros, pensão de aposentadoria, pensão de alimentos, benefícios de VA, carta de atribuição da Segurança Social, cartas de atribuição do SSI para todos os membros da família, registo de desemprego ou incapacidade do Estado ou outras contribuições financeiras.
- Cópia completa da sua declaração de imposto sobre o rendimento do ano anterior. Se não entregou a declaração, ligue para 1-800-829-1040 para solicitar uma verificação da categoria de pessoa que não precisa de declarar imposto sobre o rendimento.

Comprovativo de residência antes da data do serviço

- Deve mostrar a morada - NÃO um apartamento
- Escolha uma das seguintes opções: carta de condução, cópia do contrato de arrendamento, fatura de serviços públicos, carta de assistência, correio datado com o seu nome e morada emitidos antes da data do serviço

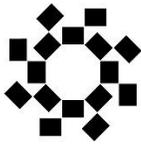
Atestado do paciente: (assine e date tudo o que for aplicável).

- Atestado do cônjuge: (assine e date tudo o que for aplicável).

Tenha a Carta de Assistência em anexo assinada pela pessoa com quem reside (que não seja um cônjuge) que está a auxiliá-lo financeiramente.

Envie a sua candidatura e documentos para:

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



New Jersey Hospital Care Assistance Program

Candidatura para participação

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

SECÇÃO I - INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE (APELIDO, NOMES)		SEGURANÇA SOCIAL		DATA DE NASCIMENTO	
DATA DE INSCRIÇÃO	DATA DE SERVIÇO	IDIOMA PREFERIDO	GRÁVIDA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
MORADA DO PACIENTE				NÚMERO DE TELEFONE/TELEMÓVEL ()	
CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL				TAMANHO DA FAMÍLIA	ESTADO CIVIL
CIDADANIA EUA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RESIDENTE LEGAL DESDE: _____			COMPROVATIVO DE RESIDÊNCIA EM NEW JERSEY <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA		
NOME DO AVALISTA (se não for um paciente)		PLANO DE SAÚDE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
		NOME:		APÓLICE #:	
OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA	RELACIONAMENTO	DATA DE NASCIMENTO	GRÁVIDA	COBERTURA DE SEGURO	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

SECÇÃO II - CRITÉRIOS DE BENS

OS BENS INCLUEM:

- A. Contas Poupança _____
- B. Contas-corrente _____
- C. Certificados de Depósito/IRA _____
- D. Ações no setor imobiliário (exceto residência principal) _____
- E. Outros bens, 401K, ações e títulos _____
- F. TOTAL _____

* O TAMANHO DA FAMÍLIA INCLUI O PACIENTE, CÔNJUGE E QUALQUER CRIANÇA MENOR DE IDADE. UMA MULHER GRAVIDA É CONSIDERADA COMO DOIS MEMBROS DA FAMÍLIA.

SECÇÃO III - CRITÉRIOS DE RENDIMENTO

Ao determinar a elegibilidade para assistência hospitalar, os rendimentos e os créditos de um cônjuge devem ser usados para os pais de um adulto

Rendimento e créditos devem ser usados para um filho menor de idade. O comprovativo de rendimento deve acompanhar esta Candidatura. O rendimento é baseado no cálculo de doze meses, três meses, um mês ou uma semana de rendimento antes da data do serviço.

NOME DO EMPREGADOR: _____

RENDIMENTO TOTAL

\$

FONTES DE RENDIMENTO:

Semanal

Mensal

Anual

- A. Salário/vencimentos antes das deduções _____
- B. Assistência pública _____
- C. Benefícios de Segurança Social/Incapacidade _____
- D. Desemprego e Remuneração de Trabalhadores _____
- E. Benefícios de veteranos _____
- F. Pensão de Alimentos/Pensão para Crianças _____
- G. Outro Apoio Monetário _____
- H. Pagamentos de Pensões _____
- I. Pagamentos de Seguros e Anuidades _____
- J. Dividendos/Juros _____
- K. Rendimentos provenientes de arrendamentos _____
- L. Rendimento líquido de negócios _____
- M. Outro (Benefícios de sindicato, benefícios de formação, Distribuição familiar, propriedades ou fundos militares) _____

Outra fonte de rendimento: _____

SECÇÃO IV - CERTIFICADA PELO REQUERENTE

Entendo que as informações que submeto estão sujeitas a verificação pelo serviço de saúde apropriado e pelos governos federal ou estatal. A deturpação intencional das informações enviadas responsabilizar-me-á por todas as custas hospitalares e sanções civis.

Se solicitado pelo serviço de saúde, solicitarei assistência médica governamental ou privada para pagamento da conta do hospital.

Certifico que as informações acima sobre o estado da minha família, rendimentos e bens são verdadeiras e corretas.

Entendo que é da minha responsabilidade informar o hospital sobre qualquer alteração no estado dos meus rendimentos ou bens.

ASSINATURA DO PACIENTE OU GUARDIÃO

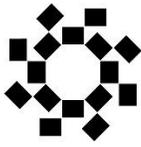
DATA

APENAS PARA USO NO ESCRITÓRIO: Responsabilidade Sem cobertura de seguro _____ %

Após cobertura de seguro _____ %

DATA DE APROVAÇÃO: _____ Efetiva: _____ Termina em: _____

Assinatura do avaliador : _____



ATESTAÇÃO DO PACIENTE

ASSINE ABAIXO O QUE PODE SE APLICAR À SUA SITUAÇÃO:

1. Atesto que a partir de _____ eu NÃO recebi qualquer rendimento.
DATA

(Paciente/Parte responsável)

Relação

DATA

2. Atesto que NÃO TENHO BENS (contas bancárias, CD, etc.) meus ou através de qualquer outra parte.

(Paciente/Parte responsável)

Relação

DATA

3. Atesto que sou SEM ABRIGO desde _____

(Paciente/Parte responsável)

Relação

DATA

4. Atesto que NÃO TENHO COBERTURA DE SEGURO minha ou através de qualquer outra parte para pagar o valor pendente das minhas contas.

(Paciente/Parte responsável)

Relação

DATA

O ATESTADO DA RESIDÊNCIA DEVE SER ASSINADO PELO PACIENTE/PARTE RESPONSÁVEL

5. ATESTO QUE SOU/ERA UM RESIDENTE DE NEW JERSEY NO PERÍODO EM QUE OS SERVIÇOS FORAM RECEBIDOS E QUE EU PRETENDO CONTINUAR A RESIDIR EM NEW JERSEY.

(Paciente/Parte responsável)

Relação

DATA

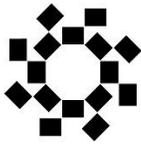
6. AFIRMO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS NESTE ATESTADO SÃO VERDADEIRAS, COMPLETAS E CORRETAS DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.

(Paciente/Parte responsável)

Relação

DATA

Entrevistador



ATESTADO DO CÔNJUGE

ASSINE ABAIXO O QUE PODE SE APLICAR À SUA SITUAÇÃO:

1. Atesto que a partir de _____ eu NÃO recebi qualquer rendimento.
DATA

(Cônjuge/Parte responsável)

Relação

DATA

2. Atesto que NÃO TENHO BENS (contas bancárias, CD, etc.) meus ou através de qualquer outra parte.

(Cônjuge/Parte responsável)

Relação

DATA

3. Atesto que sou SEM ABRIGO desde _____

(Paciente/Parte responsável)

Relação

DATA

4. Atesto que NÃO TENHO COBERTURA DE SEGURO minha ou através de qualquer outra parte para pagar o valor pendente das minhas contas.

(Cônjuge/Parte responsável)

Relação

DATA

O ATESTADO DA RESIDÊNCIA DEVE SER ASSINADO PELO PACIENTE/PARTE RESPONSÁVEL

5. ATESTO QUE SOU/ERA UM RESIDENTE DE NEW JERSEY NO PERÍODO EM QUE OS SERVIÇOS FORAM RECEBIDOS E QUE EU PRETENDO CONTINUAR A RESIDIR EM NEW JERSEY.

(Cônjuge/Parte responsável)

Relação

DATA

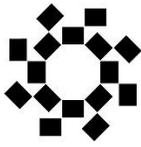
6. AFIRMO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS NESTE ATESTADO SÃO VERDADEIRAS, COMPLETAS E CORRETAS DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.

(Cônjuge/Parte responsável)

Relação

DATA

Entrevistador



Hackensack
Meridian Health

CARTA DE APOIO/ASSISTÊNCIA

PACIENTE:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO:

DATA DE INÍCIO DO SERVIÇO:

A PREENCHER PELA PESSOA QUE ESTÁ A FORNECER ASSISTÊNCIA AO PACIENTE. NÃO INCLUI UM CÔNJUGE QUE VIVE CONSIGO.

Certifico que as informações listadas abaixo são verdadeiras e corretas. Entendo perfeitamente que fornecer informações falsas ou deixar de fornecer informações completas solicitadas pode constituir motivo para fraude e a Meridian Health pode tomar qualquer ação legal apropriada. Entendo ainda que serei pessoalmente responsável se as informações forem falsificadas, incompletas ou de alguma forma enganosas.

Verifique abaixo o que for aplicável:

- A pessoa mencionada acima mora comigo e tem morado desde **(Data):** _____
- A pessoa mencionada acima era residente de New Jersey no momento do serviço, não tem residência em nenhum outro estado ou país e pretende continuar neste estado.
- A pessoa mencionada acima não está coberta por nenhum tipo de seguro médico, o que inclui o Medicaid ou o Medicare.
- A pessoa mencionada acima está desempregada no momento e estava há pelo menos um mês antes da data de serviço indicada acima.
- A pessoa mencionada acima não recebe subsídio de desemprego ou qualquer outro tipo de subsídio, como Incapacidade, SSI, Bem-Estar, etc.
- Estou a fornecer comida e abrigo para a pessoa mencionada acima.
- Estou a fornecer dinheiro no valor de \$_____ por mês, para a pessoa mencionada acima.
- A pessoa mencionada acima não mora comigo, mas eu forneço assistência na forma de:
_____.

Assinatura

A sua relação com a pessoa acima mencionada

Morada:

Telefone de contacto: