

Mangyaring tingnan ang iyong nakalakip na mga form ng aplikasyon sa Kawanggawa na Pangangalaga/Pinansyal na Tulong.

Maaari kang mag-apply para sa Pinansyal na Tulong sa loob ng 1 taon pagkatapos ng paglabas mula sa ospital o pagtanggap ng outpatient na pangangalaga.

Available ang Kawanggawa na Pangangalaga sa mga residente ng New Jersey na hindi naka-insure, kulang sa insurance, o hindi karapat-dapat para sa mga programa ng estado at pederal.

Upang maging kwalipikado dapat na matugunan mo ang pamantayan sa pagiging karapat-dapat ng kita at mga ari-arian.

Sinasakop ng Kawanggawa na Pangangalaga ang pangangalaga sa ospital. Hindi naaangkop sa mga doktor ang programa o iba pang mga provider na hiwalay na sinisingil para sa kanilang mga serbisyo.

- Mangyaring punan at pirmahan ang aplikasyon
- Ilakip ang mga kopya ng kinakailangang mga dokumento.
- Nakabatay ang lahat ng dokumentasyon sa petsa ng serbisyo.
- Ang iyong inisyal o unang Petsa ng Serbisyo ay _____
- Kung ikaw ay 21 taong gulang o mas bata at buong panahong mag-aaral sa kolehiyo, dapat punan ng iyong magulang o guardian ang aplikasyon at magbigay ng kinakailangang mga sumusuportang dokumento. Mangyaring magbigay ng patunay ng iyong katayuan bilang mag-aaral.

Kung mayroon kang anumang mga katanungan tungkol sa aplikasyon o sa dokumentasyon na kinakailangang apply-an, mangyaring tumawag sa isang tagapayo sa pinansiyal sa 732-902-7080. Available ang mga tagapayo Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 am - 4:00 pm.

() 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

Upang higit mo kaming matulungan sa pagproseso ng iyong aplikasyon para sa kawanggawa na pangangalaga, mangyaring magbigay ng mga kopya ng mga dokumento na nakalista sa ibaba na angkop sa iyong sitwasyon. Kung hindi maibigay ang naaangkop na dokumentasyong nakalista sa ibaba o hindi kumpleto ang iyong aplikasyon, hindi namin mapoproseso ang iyong aplikasyon. Lahat ng kinakailangang dokumento ay batay sa iyong Petsa ng Serbisyo. Ang Petsa ng Serbisyo ay nangangahulugang unang araw na aktuwal kang nasa ospital.

Mga Card ng Insurance, mangyaring kopyahin ang harap at likod

Personal ID para sa pasyente, asawa, mga anak na wala pang 18, at buong panahong mga mag-aaral sa kolehiyo na wala pang 21.

- Mangyaring pumili ng isa para sa bawat miyembro ng iyong pamilya: lisensya sa pagmamaneho, sertipiko ng kapanganakan, card ng Social Security, pasaporte

Mga rekord ng Ari-arian na kasama ang balanse sa iyong petsa ng serbisyo

- Mga statement ng checking, savings, at debit card account
- Kung naka-print ang statement, patatakan ito at papirmahan sa kinatawan ng institusyong pampinansyal.
- Maaaring mangailangan ng paliwanag ang mga deposito na lampas sa iyong naiulat na kita.
- Kasalukuyang dokumentasyon para sa anumang mga CD, IRA, 401K, stock o bond.

Patunay ng Kita para sa isang buwan bago ang petsa ng serbisyo

- Patunay ng kinita, kabilang ang mga stub ng bayad o nakasulat na pinirmahang statement ng kabuuang kita mula sa iyong employer sa letterhead ng negosyo.
- Kung may sarili kang hanap-buhay, kinakailangan ang statement ng kita at kalugihan na pirmado ng accountant.
- Patunay ng hindi kinitang pera, kabilang ang ngunit hindi limitado sa pensiyon sa pagreretiro, suporta sa bata, sustento, mga benepisyo ng VA, liham ng pagkakaloob ng Social Security, mga liham ng Pagkakaloob ng SSI para sa lahat ng miyembro ng pamilya, kawalan ng trabaho o rekord ng Pagkakaroon ng Kapansanan sa Estado o iba pang mga kontribusyon sa pananalapi.
- Kumpletong kopya ng iyong Tax Return para sa nakaraang taon. Kung hindi ka nag-file mangyaring tumawag sa 1-800-829-1040 upang humiling ng pagpapatunay ng katayuan ng hindi nag-file.

Patunay ng Pagiging Residente bago ang petsa ng serbisyo

- Dapat makita ang address ng kalye – HINDI ang PO Box
- Mangyaring pumili ng isa sa mga sumusunod: lisensya sa pagmamaneho, kopya ng pag-upa, bayarin utility, sulat ng suporta, may petsang liham sa koreo na may pangalan mo at address na inisyu bago ang petsa ng serbisyo

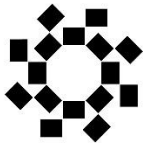
Pagpapatotoo ng pasyente: (pirmahan at lagyan ng petsa ang lahat ng angkop).

- Pagpapatotoo ng esposo kung may asawa: (pirmahan at lagyan ng petsa ang lahat ng angkop).

Papirmahan ang nakapaloob na Sulat ng Suporta sa tao na kasama mong naninirahan (maliban sa asawa) na tumutulong na suportahan ka.

Mangyaring ipadala ang iyong aplikasyon at mga dokumento sa:

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



Programang Tulong sa Pangangalaga sa Ospita ng New Jersey

Aplikasyon para sa Paglahok

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

SEKSYON I – PERSONAL NA IMPORMASYON

PANGALAN NG PASYENTE (APILYEDO, PANGALAN, M.I.)		SOCIAL SECURITY		PETA NG KAPANAKANAN	
PETA NG APLIKASYON		PETA NG SERBISYO		GUSTONG WIKA	
HINDI				BUNTIS	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ADDRESS NG KALYE NG PASYENTE				TELEPONO/NUMERO NG CELLPHONE	
				()	
LUNGSOD, ESTADO, ZIP CODE				LAKI NG PAMILYA	
PAG-AASAWA				KATAYUAN	
PAGIGING MAMAMAYAN NG US			KATIBAYAN NG N.J. PANINIRAHAN		
<input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/> LEGAL NA NANINIRAHAN MULA: _____			<input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/> MGA SERBISYONG EMERGENCY		
PANGALAN NG GARANTOR (Kung iba sa Pasyente)			SAKLAW NG INSURANCE:		
			<input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI		
			PANGALAN: _____		
			POLICY #: _____		
IBANG MGA MIYEMBRO NG PAMILYA		RELASYON		PETA NG KAPANAKANAN	
				BUNTIS	
				SAKLAW NG INSURANCE	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

SEKSYON II- BATAYAN NG ARI-ARIAN

KABILANG SA ARI-ARIAN ANG:

- A. Mga Savings Account _____
- B. Mga Checking Account _____
- C. Mga Sertipiko ng Deposito / IRA _____
- D. Equity sa Ari-arian (maliban sa pangunahing tinitirhan) _____
- E. Ibang mga Ari-arian, 401K, Mga Stock at Bond _____
- F. KABUUAN _____

* LAKI NG PAMILYA KABILANG ANG SARILI, ASAWA AT SINUMANG MGA MENOR DE EDAD NA ANAK. BINIBILANG NA DALAWANG MIYEMBRO NG PAMILYA ANG ISANG BABAING BUNTIS.

SEKSYON III- BATAYAN NG KITA

Kapag tinitiyak ang pagiging karapat-dapat para sa tulong sa pangangalaga sa ospital, ang kita at mga credit ng asawa ang dapat gamitin para sa (mga) adultong magulang
Dapat gamitin ang kita at mga credit para sa isang batang menor-de-edad. Dapat samahan ng patunay ng kita ang Aplikasyon na ito. Ibinatay ang kita sa kalkulasyon ng alinman sa labinlimang buwan, tatlong buwan, isang buwan o isang linggong kita bago ang petsa ng serbisyo.

PANGALAN NG EMPLOYER:

KABUUANG KITA

\$

MGA PINAGKUKUNAN NG KITA:

Lingguhan

Buwanan

Taunan

- A. Suweldo / Sahod bago Makaltasan _____
- B. Tulong sa Publiko _____
- C. Social Security/Mga Benepisyo Para sa May Kapansanan _____
- D. Kompensasyon sa Kawalan ng trabaho at Trabahador _____
- E. Mga Benepisyo ng Beterano _____
- F. Sustento / Suporta sa Bata _____
- G. Ibang Suportang Pera _____
- H. Mga Bayad sa Pensyon _____
- I. Mga Pagbabayad sa Insurance o Taunang Kinikita _____
- J. Mga Dibidendo / Interes _____
- K. Kita sa Paupahan _____
- L. Netong Kita sa Negosyo _____
- M. Iba pa (Mga benepisyo sa pag-strike, mga bayad sa pagsasanay, Allotment ng pamilya ng militar, mga ari-arian o trust) _____

Ibang pinagkukunan ng kita: _____

SEKSYON IV – PINATUNAYAN NG APLIKANTE

Naiintindihan ko na sumasailalim sa pagpapatunay ng naaangkop na pasilidad ng pangangalaga sa kalusugan at sa Pederal o sa Pamahalaang Estado ang isinumite kong impormasyon. Kung sinasadya kong magbigay ng maling pahayag ng mga impormasyong ito mananagot ako sa lahat ng mga singilin sa ospital na sumasailalim sa mga parusang sibil.

Kung hihilingin ng pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan, mag-a-apply ako para sa tulong medikal ng gobyerno o ng pribado para sa pagbabayad ng bayarin sa ospital.

Pinatunayan ko na totoo at tama ang nabanggit na impormasyon tungkol sa katayuan ng aking pamilya, kita at mga ari-arian.

Naiintindihan ko na responsibilidad kong ipaalam sa ospital ang anumang pagbabago sa katayuan tungkol sa aking kita o ari-arian.

PIRMA NG PASYENTE O GUARDIAN

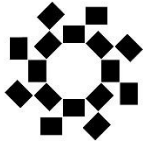
PETSA

PARA SA OPISINA LAMANG: Responsibilidad Saklaw ng walang insurance _____ %

Pagkatapos ng saklaw na insurance _____ %

PETSA NOONG NAAPRUBAHAN: _____ Magsisimula sa: _____ Magtatapos sa: _____

Pirma ng Tagasuri: _____



PATOTOO NG PASYENTE

PIRMAHAN SA IBABA ANG ANUMANG NAAANGKOP SA IYONG SITWASYON:

1. Pinatutunayan ko na sa kasalukuyan _____ ako ay WALANG anumang natanggap na kinita.

PETSA

(Pasyente / Responsableng Partido)

Relasyon

PETSA

2. Pinatutunayan ko na ako ay WALANG MGA ARI-ARIAN (Mga Bank account, CD, atbp.) sa pamamagitan ko o anumang ibang partido.

(Pasyente / Responsableng Partido)

Relasyon

PETSA

3. Pinatutunayan ko na ako ay WALANG TAHANAN at WALANG TAHANAN simula pa noong _____

(Pasyente / Responsableng Partido)

Relasyon

PETSA

4. Pinatutunayan ko na ako ay WALANG MEDIKAL NA SAKLAW sa pamamagitan ko o anumang ibang partido upang sumakop sa natitirang halaga ng aking mga bayarin.

(Pasyente / Responsableng Partido)

Relasyon

PETSA

DAPAT PIRMAHAN NG PASYENTE/RESPONSABLENG PARTIDO ANG PATOTOO NG PANINIRAHAN

5. PINATUTUNAYAN KO NA AKO AY RESIDENTE SA NEW JERSEY SA PANAHONG NATANGGAP KO ANG MGA SERBISYO AT na INTENSYON KONG MANATILING RESIDENTE SA NEW JERSEY.

(Pasyente / Responsableng Partido)

Relasyon

PETSA

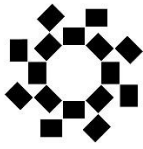
6. PINAGTITIBAY KO NA LAHAT NG IBINIGAY NA IMPORMASYON SA PATOTOO NA ITO AY TOTOO, KUMPLETO AT TAMA SA ABOT NG AKING NALALAMAN.

(Pasyente / Responsableng Partido)

Relasyon

PETSA

Tagapagpanayam



PATOTOONG ASAWA

PIRMAHAN SA IBABA ANG ANUMANG NAAANGKOP SA IYONG SITWASYON:

1. Pinatutunayan ko na sa kasalukuyan _____ ako ay WALANG anumang natanggap na kinita.
PETA

(Asawa / Responsableng Partido)

Relasyon

PETA

2. Pinatutunayan ko na ako ay WALANG MGA ARI-ARIAN (Mga Bank account, CD, atbp.) sa pamamagitan ko o anumang ibang partido.

(Asawa / Responsableng Partido)

Relasyon

PETA

3. Pinatutunayan ko na ako ay WALANG TAHANAN at WALANG TAHANAN simula pa noong _____

(Asawa / Responsableng Partido)

Relasyon

PETA

4. Pinatutunayan ko na ako ay WALANG MEDIKAL NA SAKLAW sa pamamagitan ko o anumang ibang partido upang sumakop sa natitirang halaga ng aking mga bayarin.

(Asawa / Responsableng Partido)

Relasyon

PETA

DAPAT PIRMAHAN NG PASYENTE/RESPONSABLENG PARTIDO ANG PATOTOONG PANINIRAHAN

5. **PINATUTUNAYAN KO NA AKO AY RESIDENTE SA NEW JERSEY SA PANAHONG NATANGGAP KO ANG MGA SERBISYO AT na INTENSYON KONG MANATILING RESIDENTE SA NEW JERSEY.**

(Asawa / Responsableng Partido)

Relasyon

PETA

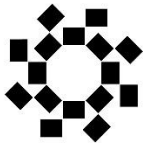
6. **PINAGTITIBAY KO NA LAHAT NG IBINIGAY NA IMPORMASYON SA PATOTOONG NA ITO AY TOTOO, KUMPLETO AT TAMA SA ABOT NG AKING NALALAMAN.**

(Asawa / Responsableng Partido)

Relasyon

PETA

Tagapagpanayam



SULAT NG SUPORTA / TULONG

PASYENTE:

PETSA:

ARAW NG KAPANGANAKAN:

INISYAL NA PETSA NG SERBISYO:

KUKUMPLETUHIN NG TAONG NAGBIBIGAY NG SUPORTA SA PASYENTE. HINDI KABILANG ANG ASAWA NA KASAMA MONG NANINIRAHAN.

Pinatutunayan kong totoo at tama ang impormasyong nakalista sa ibaba. Naiintindihan kong lubos na ang pagbibigay ng maling impormasyon o hindi pagbibigay ng kumpletong impormasyon na hinihiling ay puwedeng itatag na ito ay gawaing pandaraya at posibleng gumawa ang Meridian Health ng angkop na ligal na aksyon. Naiintindihan ko pa na personal akong magiging responsable kung ang impormasyon ay palsipikado, hindi kumpleto o sa anumang paraan ito ay mapanlinlang.

Lagyan ng tsek ang kahit anong naaangkop sa ibaba:

Kasama kong naninirahan ang pinangalanang tao sa itaas, at simula pa noong **(Petsa):**

Residente ng N.J ang nabanggit na pangalan ng tao sa itaas sa panahon ng serbisyo, at walang nang tinitirhang iba pang estado o bansa at may intensyong manatili sa estado.

Hindi saklaw ng anumang uri ng insurance sa medikal kabilang ang Medicaid o Medicare ang nabanggit na pangalan ng tao sa itaas.

Ang nasa itaas na binanggit na pangalan ng tao ay walang trabaho sa ngayon nang hindi bababa sa isang buwan bago ang petsa ng serbisyo na inilagay sa itaas.

Ang pinangalanang indibidwal sa itaas ay hindi tumatanggap ng mga benepisyo sa pagiging walang trabaho o ng anumang iba pang uri ng mga benepisyo, tulad ng Kapansanan, SSI, Welfare, atbp.

Ako ang nagbibigay ng Pagkain at Matitirhan sa nabanggit na pangalan ng tao sa itaas.

Nagbibigay ako ng Pera na halagang \$_____ bawat buwan, sa taong nabanggit sa itaas.

Ang nabanggit na pangalan sa itaas ay hindi ko kasamang nakatira ngunit nagbibigay ako ng suporta sa anyong:

Pirma

Ang iyong relasyon sa pinangalanang tao sa itaas

Address:

Numero ng Telepono: