

قائمة فحص الأهلية

اسم المريض: _____ رقم السجل الطبي: _____

تاريخ الخدمة: _____ / _____ / _____ رقم الحساب: _____

نُشجعكم على التقديم قبل أي مقابلة بأسبوع مع اصطحاب إثباتات المقابلة و/أو الإحالة.

من أجل التعامل مع طلبكم، تتطلب ولاية نيوجيرسي تواجده الوثائق التالية:

* يُرجى قراءة قائمة الفحص وجمع الوثائق المطلوبة قبل العودة بطلب الحصول على المساعدة *

تقديم إثبات الهوية: _____

- رخصة قيادة جواز سفر رقم المقاطعة بطاقة التأمين الصحي
- شهادة ميلاد بطاقة الضمان الاجتماعي بطاقة هوية الموظف شهادة وفاة
- وثيقة زواج توكيل عام أخرى _____

تقديم إثبات الإقامة: _____

- فاتورة المرافق بيان الدعم رخصة قيادة بولاية نيوجيرسي أخرى _____
- عقد الإيجار إثبات بالعنوان أو شهادة المالك (المقدمة)

تقديم إثبات للدخل من: _____ إلى _____

- الدفع مباشرة قبل تاريخ الخدمة إثبات نفقة الطفل / نفقة الطلاق
- رسالة من صاحب العمل مطبوعة على خطاب الشركة تشير إلى الدخل الإجمالي ومرات الدفع وتاريخ التعيين والتأمين الصحي أو التأمين على الأسنان وتفاصيل 401(k)
- خطاب أو جدول المساعدات المالية رسالة مفصلة من المستأجرين
- إعانة البطالة / خطاب دعم الإعاقة أو ورقة محتومة تنفيذ ذلك خطاب المعاش التقاعدي
- بيان الدعم (مقدم من الممثل) سنة (سنوات) خطاب الضمان الاجتماعي: _____
- بيان الربح والخسارة من المحاسب على خطاب الشركة. (يجب أن يكون موقعًا) إثبات الدعم النقدي

تقديم إثبات لجميع الموارد: _____

- البيانات المصرفية الأصول الأجنبية المملوكة بيانات خطة 401(k) الأسهم / السندات / CD / IRA
- القيمة النقدية لسياسة التأمين على الحياة النقدية

تاريخ المقابلة: _____ / _____ / _____

الباحث: _____

ممثل المتابعة: _____

رقم الهاتف: _____

رقم الفاكس: _____

ساعات عمل المساعدة المالية وعنوانها:

I شرق نيويورك أفينو
سومرز بوينت، نيوجيرسي 08244
653 3717 (609)، داخلي 1
ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة. 8 صباحًا حتى 5:30 مساءً
يُرجى الاتصال لتحديد موعد للمقابلة

طلب الاشتراك
في برنامج مساعدة دفع الرعاية في مستشفيات نيو جيرسي

يجب إرفاق إثبات الهوية وإثبات الدخل والدليل على الأصول مع هذا الطلب.
يُرجى إرسال نسخ من جميع الوثائق المطلوبة، وعدم إرسال الوثائق الأصلية لأننا سوف نحفظ بها ولن نقوم بإعادتها لكم.

القسم الأول - المعلومات الشخصية

1. اسم المريض	رقم الضمان الاجتماعي	
(اللقب) _____ (الاسم) _____ (اسم الأب) _____	_____ - _____ - _____	
3. تاريخ الطلب	4. التاريخ الأولي للخدمة	5. تاريخ الخدمة المطلوب
شهر _____ / يوم _____ / سنة _____	شهر _____ / يوم _____ / سنة _____	شهر _____ / يوم _____ / سنة _____
6. عنوان الشارع الذي يسكن فيه المريض	7. رقم الهاتف	
_____	_____ - _____ (_____)	
8. المدينة، الولاية، الرمز البريدي	9. عدد أفراد الأسرة*	
_____	_____	
10. المواطنة الأمريكية	11. دليل الإقامة في ولاية نيو جيرسي لمدة 3 أشهر	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> في انتظار لطلب	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
12. اسم الضامن (إذا كان غير المريض)		

القسم الثاني - معايير الأصول

13. الأصول الفردية:	_____
14. الأصول العائلية:	_____
15. وتتضمن هذه الأصول:	
أ. النقدية	_____
ب. حسابات الادخار	_____
ج. الحسابات بشيكات	_____
د. شهادات الإيداع / I.R.A	_____
هـ. حقوق الملكية في العقارات (عدا المُقيم فيها)	_____
و. أصول أخرى (سندات الخزائنة، أوراق قابلة للتداول، أسهم الشركات والسندات)	_____
ز. الإجمالي	_____

*يشمل عدد أفراد الأسرة النفس والزوج أو الزوجة وأية أطفال قاصرين، وتُحسب المرأة الحامل كطرفين من أفراد الأسرة.
(تابع) طلب الاشتراك

تاريخ المراجعة 2-2011

القسم الثالث - معايير الدخل

عند تحديد الأهلية للحصول على مساعدة الرعاية في المستشفيات، يجب استخدام دخل الزوج أو الزوجة وكذلك أية أصول لأي شخص بالغ كما يجب أن يستخدم دخل الوالدين وأصولهما للطفل القاصر. ويجب إرفاق إثبات الدخل بهذا الطلب.

ويستند الدخل إلى حساب اثني عشر شهرًا أو ثلاثة أشهر أو شهر واحد من الدخل قبل تاريخ الخدمة.

إجمالي دخل المريض / الأسرة يساوي أقل مما يلي:

آخر شهر 12 ×	أو	آخر 3 أشهر × 4	أو	آخر 12 شهر

أسبوعيًا شهريًا سنويًا

16. مصدر الدخل

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			أ. الراتب / الأجر قبل الاقتراع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ب. مساعدة عامة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ج. مخصصات الضمان الاجتماعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			د. إعانة البطالة وتعويضات العمال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			هـ. مزايا المحاربين القدامى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			و. النفقة / نفقة الطفل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ز. الدعم النقدي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ح. المعاشات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ط. التأمين أو دفع الأقساط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ي. أرباح / فوائد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ك. دخل من إيجارات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ل. صافي دخل الأعمال (العاملين لحسابهم الخاص / التحقق من مصدر مستقل)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			م. أخرى (استحقاقات الإضراب، مكافآت التدريب، تخصيصات الأسر العسكرية، الدخل من العقارات والائتمانيات)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ن. إجمالي

القسم الرابع - شهادة من مقدم الطلب

أعرف أن المعلومات التي أقدمها تخضع للفحص من مرفق الرعاية الصحية المناسب والحكومة الاتحادية أو حكومة الولايات المتحدة، وأعلم أن التحريف المتعمد لهذه الوقائع سيجعلني مسؤولاً عن جميع رسوم المستشفى ويُخضعني للعقوبة المدنية.

سأقدم طلبًا للحصول على مساعدة طبية حكومية أو خاصة لسداد فاتورة المستشفى إذا طلبت مؤسسة الرعاية الصحية ذلك.

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه بخصوص عدد أفراد أسرتي ودخلنا وأصولنا صحيحة وسليمة.

كما أقر بمسؤوليتي أن أبلغ المستشفى عن أي تغيير في الوضع الحالي فيما يتعلق بالدخل أو الأصول.

18. التاريخ

17. توقيع المريض أو الضامن

الشهادة الأولية للمريض

اسم المريض: _____ رقم الحساب: _____

تاريخ الخدمة: _____

يُرجى التوقيع فيما يلي:

أشهد أنا وزوجتي أننا ليس لدينا دخل ولم يكن لدينا دخل منذ ____ / ____ / ____ إلى ____ / ____ / ____

أشهد أنا وزوجتي أننا ليس لدينا أية أصول كما هو مدرج في طلب الرعاية الخيرية.

أشهد أنا وزوجتي أننا بلا مأوى وكنا بلا مأوى منذ ____ / ____ / ____

أشهد أنني لا أملك تأمينًا صحيًا عند قبولي في المستشفى.

أشهد أن اسمي هو _____ . لا أستطيع تقديم دليل على

الهوية بسبب
(أذكر السبب) _____ :

أشهد أنا وزوجتي أننا لدينا مصدر دخل وأن دخلنا الإجمالي / النقدي هو _____ دولار أمريكي وأننا نحصل على دفعات على أساس _____ .
عدد المرات

أشهد أنا وزوجتي أننا لدينا أصول في تاريخ الخدمة أعلاه بمبلغ _____ دولار أمريكي.

أشهد أنا وزوجتي أننا مقيمان في ولاية نيوجيرسي وننوي البقاء فيها كمقر لإقامتنا.

أشهد أنني لم أقدم وأنني لا أتوي تقديم مطالبية ضد أي طرف ثالث يمكنني من أن أسعى للدفع، كليًا أو جزئيًا، نظير الخدمات الطبية التي تتعلق بها هذا الطلب (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، مطالبات دون أي خطأ، تعويضات عمال، ملكية منزل، مزايا المؤمن عليهم بقدر غير كافٍ أو غير المؤمن عليهم من السائقين ومطالبات الضرر). وأفهم وأوافق على أنه في حالة تقديم أي مطالبية من هذا القبيل، قد يتراجع مركز شور الطبي عن الرعاية الخيرية التي يقدمها لي ويسعى لمطالبتي بدفع جميع الرسوم كما أوافق أيضًا على إخطار مركز شور الطبي عند تقديم مطالبية.

توقيع المريض

الاسم مطبوع

التاريخ

تفويض للاطلاع على المعلومات الموجودة
في
السجلات الطبية والمالية والمعلومات الديموغرافية

الاسم: _____
تاريخ الميلاد: _____
العنوان: _____
الضمان الاجتماعي: _____

أصرح أنا _____ بموجب هذا بالتصريح لـ ADREIMA / مركز شور الطبي بالاطلاع على أية معلومات تتعلق بعمرى أو محل إقامتى أو جنسيتى أو عملى أو دخلى أو أصولى و / أو بيانات حسابى المصرفى.

ومن المعلوم أن المعلومات التي تم الحصول عليها سوف تستخدم فقط لأغراض تتعلق مباشرة بالأهلية لبرامج الضمان الاجتماعى و ميديكيد.

ثمت بهذا التصريح طوعاً ومع تفهمي الكامل لأهميته.

التاريخ: _____ التوقيع: _____

المعلومات الواردة في هذا النموذج هي معلومات سرية ومخصصة فقط لاستخدام الفرد أو الكيان المذكور أعلاه. إذا لم يكن قارئ هذه الرسالة هو المتلقي، فإننا بذلك نخطركم بأن أي نشر أو توزيع أو نسخ من هذه المراسلات محظور تماماً. إذا كنت قد تلقيت هذه الرسالة عن طريق الخطأ، فيرجى إبلاغنا عبر الهاتف فوراً وإعادة الرسالة الأصلية إلينا على العنوان أعلاه عبر الخدمة البريدية في الولايات المتحدة.
نشكركم على حسن تعاونكم!

إقرار / بيان الدعم:

اسم المريض: _____ رقم الحساب: _____

تاريخ الخدمة: _____

اسمي هو _____ . أقر بأنني أقدم الدعم والمساعدة التاليين للفرد المذكور أعلاه، وأدرك الفرد هو المريض المذكور أعلاه.
أنا لست مسؤولاً، وغير قادرًا على دفع ثمن أي مستشفى أو نفقات طبية له / لها.

من: _____ / _____ / _____ إلى: _____ / _____ / _____

لا

نعم

الغذاء:

المأوى:

النقدية:

عدد المرات

المبلغ

دولار أمريكي

أقيم حالياً في العنوان التالي: _____

إلى من يهمه الأمر:

رقم الهاتف

توقيع المالك / مقدم الدعم

التاريخ

الاسم مطبوع

التاريخ

توقيع المريض