

יש לצרף לבקשה זו תעודה מזהה, אישור מגורים, דיווחי המס הפדרלי העדכניים ביותרהכנסה ונכסים. נא לשלוח עותקים של כל המסמכים הנדרשים, אין לשלוח מסמכים מקוריים, משום שהם לא יוחזרו. לעזרה, לסייע או לשאלות, נא להתקשר למחלקת השירותים הפיננסיים למטופל 908-281-1522

**I. פרטים אישיים**

**מס' חשבון בית חולים**

|  |             |                 |
|--|-------------|-----------------|
| שם המטופל (משפחה, פרטי, אמצעי בראשי תיבות) | מצב משפחתי  | מס' ביטוח לאומי |
| (כתובת, מספר ורחוב)                        | בבעלות      | בהשכרה          |
| (עיר, מדינה בארה"ב, מיקוד)                 | (מחוז)      | כמה זמן         |
| טלפון בשעות היום                           | טלפון בבית  |                 |
| שם ממלא הבקשה                              | קרבה למטופל | מספר טלפון      |
| שם הערב (אם הוא איננו המטופל)              | קרבה למטופל | מספר טלפון      |

**II. פרטי ביטוח**

| שם ביטוח  | שם מנוי | קרבה למטופל |
|---|---------|-------------|
| אם אין ביטוח - האם הגשת בקשה לכיסוי רפואי דרך etplace | כן      | לא          |
| האם אתה פטור מהגשת בקשה לכיסוי דרך Marketplace        | כן      | לא          |
| האם הגשת בקשה לסייע רפואי במהלך 6 החודשים האחרונים    | כן      | לא          |
| אם כן, נא לצרף עותק של מכתב הסירוב או הוכחת הזכאות.   | כן      | לא          |
| אם לא, נא לפנות ללשכת שירותי הרווחה המקומית לקבלת     |         |             |

**III. פרטי משק בית (נא לציין את כל האנשים החיים במשק הבית שלך)**

**גודל משק הבית**

| משלח יד | קרבה למטופל | שם חבר משק הבית, כולל המטופל |
|---------|-------------|------------------------------|
|         | מטופל       |                              |
|         |             |                              |
|         |             |                              |
|         |             |                              |

| משלח יד | קרבה למטופל | חבר משק בית בהמשכיות |
|---------|-------------|----------------------|
|         |             |                      |
|         |             |                      |
|         |             |                      |
|         |             |                      |

#### IV. מקורות הכנסה/נכסים של משק הבית (לרבות בעל קרבה ביולוגית, נישואים או אימוץ)

הכנסת משק הבית:

| שאר משק הבית                        |     | מטופל | (A) או שנתית (M) נא לציין אם מדובר בהכנסה חודשית) |
|-------------------------------------|-----|-------|---|
| משכורת/שכר לפני ניכויים             | M A | \$    | \$  |
| עצמאי (מאומת על-ידי מקור בלתי-תלוי) | M A | \$    | \$  |
| הטבות ביטוח לאומי                   | M A | \$    | \$  |
| מזונות/תמיכה בילדים                 | M A | \$    | \$  |
| תמיכה כספית אחרת                    | M A | \$    | \$  |
| אבטלה ו-Workman's Compensation      | M A | \$    | \$  |
| הטבות ליוצאי צבא                    | M A | \$    | \$  |
| תשלומי קצבה                         | M A | \$    | \$  |
| תשלומי ביטוח וקצבה                  | M A | \$    | \$  |
| דיבידנדים/ריבית                     | M A | \$    | \$  |
| הכנסה משכירות                       | M A | \$    | \$  |

סה"כ

נכסי משק הבית:

| שאר משק הבית       |  | מטופל | נכסים אחרים |
|--------------------|--|-------|-------------|
| חסכונות            |  | \$    | \$          |
| עו"ש               |  | \$    | \$          |
| אישור הפקדה (CD)   |  | \$    | \$          |
| חשבונות שוק כספיים |  | \$    | \$          |
| איגרות חיסכון      |  | \$    | \$          |
| מניות              |  | \$    | \$          |
| איגרות חוב         |  | \$    | \$          |
| חשבונות גמל אישיים |  | \$    | \$          |
| 401(K)             |  | \$    | \$          |
| 403(b)s            |  | \$    | \$          |
| אחר                |  | \$    | \$          |

סה"כ

#### V. אישור המטופל

אני מאשר שהמידע לעיל בנוגע לגודל המשפחה שלי, להכנסתי ולנכסיי נכון ותקין.  
אני מבין שפרשנות שגויה במכון של המידע שהוגש תוביל לנשיאתי בכל חיובי בית החולים.  
מובן לי שבאחריותי ליידע את בית החולים על כל שינוי במצב מבחינת ההכנסה או הנכסים שלי.

חתימת המטופל

חתימת המכין/קרבה למטופל תאריך

תאריך

טופס מס' 991 (ינואר 2019)