



## فرآیند درخواست خدمات مراقبت خیریه/ کمک مالی

شما می‌توانید طی 1 سال پس از ترخیص از بیمارستان، یا دریافت خدمات مراقبت سرپایی، درخواست کمک مالی کنید.

آن دسته از ساکنین نیوجرسی که بیمه نیستند، پوشش کافی بیمه ندارند، یا واجد شرایط برنامه‌های ایالتی و فدرال نیستند، به خدمات مراقبت خیریه دسترسی دارند.

برای احراز صلاحیت، باید معیارهای واجد شرایط بودن از نظر درآمد و دارایی‌ها را به صورت توأم داشته باشید.

خدمات مراقبت خیریه فقط خدمات مراقبت بیمارستانی را پوشش می‌دهد. این برنامه در مورد پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان که به صورت مستقل صورت‌حساب خدمات خود را صادر می‌کنند اعمال نمی‌شود.

● لطفاً تقاضانامه را تکمیل و امضا کنید. (اگر در چندین بیمارستان مرکز بهداشت هکینساک مریدین [Hackensack Meridian Health] مراقبت دریافت کرده‌اید، باید برای هر یک از بیمارستان‌هایی که در آن خدمات دریافت کرده‌اید، تقاضانامه‌ای جداگانه امضا کنید.)

● کپی کلیه مدارک مورد نیاز را پیوست کنید.

● کلیه مدارک بر اساس تاریخ اولیه خدمات تنظیم شده‌اند.

● اگر 21 سال یا کمتر سن دارید و دانشجوی تمام‌وقت کالج هستید، والد یا سرپرست شما باید تقاضانامه را تکمیل کرده و مدارک لازم را ارائه دهد. لطفاً مدرکی دال بر وضعیت دانشجویی و نامه‌های کمک‌هزینه مالی خود را برای ترم‌های جاری و قبلی ارائه دهید.

اگر در مورد تقاضانامه یا مدارکی که برای درخواست نیاز است سوالی دارید، لطفاً با یکی از مشاورین مالی در بیمارستانی که خدمات خود را در آن دریافت کرده‌اید، تماس بگیرید.

- Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 (551) 996-4343
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 (201) 854-5092
- JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 (732) 321-7534

برای بیمارستان‌های زیر، لطفاً با شماره 732-902-7080 تماس بگیرید

- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733
- Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ
- Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

برای اینکه در امر رسیدگی به درخواستان جهت دریافت خدمات مراقبت خیریه بیشتر به ما کمک کنید، لطفاً فقط کپی مدارک فهرست شده در زیر ارائه دهید که مطابق با شرایط شماسست. اگر مدارک مناسب ذکر شده در زیر ارائه نشده باشد یا تقاضانامه شما ناقص باشد، نمی‌توانیم تقاضانامه شما را بررسی کنیم. کلیه مدارک مورد نیاز بر اساس تاریخ خدمات شما هستند. منظور از تاریخ خدمات، اولین روزی است که واقعاً در بیمارستان حضور داشته‌اید.

مدرک شناسایی شخصی بیمار، همسر، فرزندان زیر 18 سال و دانشجویان تمام وقت 21 ساله و کمتر

- یکی از این مورد را برای هر یک از اعضای خانواده خود انتخاب کنید: گواهینامه رانندگی، گواهی تولد، کارت بیمه اجتماعی، پاسپورت

کارت‌های بیمه

- کپی پشت و روی کارت بیمه

اظهارنامه‌های بانکی/دارایی که موجودی شما در تاریخ دریافت خدمات شما را شامل می‌شود.

- اظهارنامه‌های حساب جاری، پس‌انداز، و کارت نقدی
- سپرده‌های بیش از درآمد گزارش شده شما، ممکن است نیازمند توضیح باشند
- اسناد فعلی برای گواهی‌های سپرده، حساب‌های بازنشستگی انفرادی، طرح 401K، سهام یا اوراق قرضه

مدرکی دال بر درآمد یک ماه قبل از تاریخ خدمات

- مدرکی دال بر درآمد به دست آمده، من جمله فیش حقوقی یا اظهارنامه درآمد ناخالص به صورت کتبی و امضا شده از سوی کارفرما در سربرگ تجاری
- اگر خویش فرما هستید، اظهارنامه سود و زیان که توسط یک حسابدار امضا شده باشد، به همراه کپی اظهارنامه مالیاتی سال قبل الزامی است. اگر کسب و کارتان شراکتی یا شرکتی است، نامه‌ای از سوی یک حسابدار ارائه دهید که دریافت حقوق هفتگی شما در آن مشخص شده باشد.
- مدرکی دال بر درآمد تحصیل نشده، شامل اما نه محدود به، مستمری بازنشستگی، حق اولاد، نفقه، مزایای امور سربازان قدیمی، کمک‌هزینه بیمه اجتماعی، نامه‌های کمک هزینه SSI برای کلیه اعضای خانواده، حقوق بیکاری یا سوابق ایالتی از کار افتادگی یا سایر کمک‌های مالی

مدرکی دال بر سکونت پیش از تاریخ خدمات

- باید نشانی کامل محل را نشان دهد - نه شماره صندوق پستی را
- لطفاً یکی از این موارد را انتخاب کنید: گواهینامه رانندگی، کپی اجارنامه، قبض آب و برق، نامه تاریخ‌دار با نام و آدرس شما که قبل از تاریخ خدمات صادر شده باشد.

گواهی بیمار: (همه موارد مرتبط را امضا کنید و تاریخ بزنید).

- گواهی همسر در صورت متأهل بودن (همه موارد مرتبط را امضا کنید و تاریخ بزنید).

اگر درآمدی ندارید، از شخصی که با او زندگی می‌کنید (به غیر از همسر) و شما را از نظر مالی حمایت می‌کند بخواهید تا نامه حمایت ضمیمه شده را امضا کند و تاریخ بزند.

لطفاً تقاضانامه و مدارک خود را به آدرس بالا که در خواست خود برای دریافت مراقبت‌های خیریه را به آن ارسال می‌کنید، پست نمایید. (یادآوری: مراقبت‌های خیریه مختص بیمارستان است، بنابراین اگر خدمات در چندین مکان ارائه شده باشند، یک تقاضانامه مجزا باید برای هر مکان ارسال شود).



برنامه کمک مراقبت‌های بیمارستانی نیوجرسی  
تقاضانامه خدمات مراقبت خیریه

کلیه بیمارستان‌های که در آن خدمات دریافت کرده‌اید را علامت بزنید:

HUMC ( ) PMC ( ) JFK ( ) JSUMC ( ) OMC ( ) RMC ( ) BCH ( )  
( ) SOMC ( ) RBMC ( ) OBMC

بخش اول - اطلاعات شخصی

نام بیمار (نام خانوادگی، نام، حرف اول نام میانی)		تاریخ تولد	
تاریخ تقاضانامه		تاریخ خدمات	
باردار؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		شماره تلفن/تلفن همراه ( )	
شهر، ایالت، زیپ کد		*تعداد اعضای خانوار وضعیت تاهل	
آیا شما شهروند ایالات متحده هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مقیم قانونی از تاریخ: _____		آیا شما ساکن نیوجرسی هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
نام ضامن (اگر غیر از بیمار باشد)		پوشش بیمه‌ای: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شرکت بیمه _____ شماره بیمه‌نامه: _____	
سایر اعضای خانواده	نسبت	تاریخ تولد	باردار؟ بله/خیر
پوشش بیمه‌ای؟ بله/خیر			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

بخش دوم- معیارهای دارایی

دارایی‌ها شامل:	
_____	A. حساب‌های پس‌انداز
_____	B. حساب‌های جاری
_____	C. گواهی‌های سپرده، حساب‌های بازنشستگی انفرادی
_____	D. سهم صاحبان سهام در املاک و مستغلات (به غیر از محل سکونت اصلی)
_____	E. سایر دارایی‌ها، طرح 401K، سهام یا اوراق قرضه
_____	F. مجموع

### بخش سوم- معیارهای درآمد

در هنگام تعیین صلاحیت برای دریافت کمک مراقبت بیمارستانی، باید از درآمد بیمار و در صورت لزوم، همسر وی استفاده شود. درآمد والدین باید برای فرزند خردسال استفاده شود. مدرکی دال بر درآمد باید همراه این تقاضانامه ارائه شود. میزان درآمد بر اساس محاسبه درآمد دوازده ماه، سه ماه، یک ماه یا یک هفته قبل از تاریخ تعیین می‌شود.

مجموع درآمد  
دلار

نام کارفرما:

منبع درآمد:

سالانه	ماهانه	هفتگی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

A. حقوق / دستمزدها قبل از کسورات

B. کمک‌هزینه‌های عمومی

C. مزایای بیمه اجتماعی/از کار افتادگی

D. حقوق بیکاری و غرامت کارگران

E. مزایای سربازان قدیمی

F. نفقه/ حق اولاد

G. سایر حمایت‌های پولی

H. پرداخت‌های بازنشستگی

I. پرداخت‌های بیمه یا مستمری سالانه

J. سود سهام / بهره

K. درآمد حاصل از اجاره

L. درآمد خالص کسب و کار

M. سایر (مزایای اعتصاب، دستمزد کارآموزی، سهم خانواده نظامیان، املاک و مستغلات یا سرمایه‌امانی

سایر منابع درآمد: \_\_\_\_\_

### بخش چهارم- تایید شده توسط متقاضی

من می‌دانم اطلاعاتی که ارائه می‌دهم منوط به تایید مرکز خدمات مراقبت بهداشتی و درمانی مناسب و دولت‌های فدرال یا ایالتی است. ارائه نادرست این اطلاعات از روی عمد، من را مطابق با مجازات‌های مدنی، مسئول کلیه هزینه‌های بیمارستانی می‌کند.

در صورت درخواست مرکز خدمات مراقبت بهداشتی و درمانی، برای پرداخت صورتحساب بیمارستان درخواست کمک پزشکی دولتی یا خصوصی خواهم کرد.

گواهی می‌دهم که اطلاعات فوق در مورد وضعیت خانوادگی، درآمد و دارایی‌های من درست و صحیح است.

من می‌دانم که مسئولیت دارم بیمارستان را در جریان هر گونه تغییر وضعیت در زمینه درآمد یا دارایی‌های خود قرار دهم.

تاریخ

امضای بیمار یا قیم

بدون پوشش بیمه \_\_\_\_\_ %

پس از پوشش بیمه \_\_\_\_\_ %

تاریخ تایید: \_\_\_\_\_ قابل اجرا از: \_\_\_\_\_ تاریخ خاتمه: \_\_\_\_\_

امضای ارزیاب: \_\_\_\_\_



## گواهی بیمار:

هر موردی را که می‌تواند مرتبط به وضعیت شما باشد، امضا کنید:

1. گواهی می‌دهم که از تاریخ \_\_\_\_\_ هیچ درآمدی دریافت نکرده‌ام.  
تاریخ

\_\_\_\_\_  
(بیمار/ طرف مسئول) نسبت تاریخ

2. گواهی می‌دهم که هیچ نوع دارایی (حساب‌های بانکی، گواهی‌های سپرده و غیره)، از جانب خودم یا هر شخص دیگری ندارم.

\_\_\_\_\_  
(بیمار/ طرف مسئول) نسبت تاریخ

3. من گواهی می‌دهم که بی‌خانمان هستم و از تاریخ \_\_\_\_\_ بی‌خانمان بوده‌ام

\_\_\_\_\_  
(بیمار/ طرف مسئول) نسبت تاریخ

4. گواهی می‌دهم که هیچ پوشش پزشکی از جانب خودم یا هر طرف دیگری برای پوشش مبالغ معوقه صورت حساب‌هایم ندارم.

\_\_\_\_\_  
(بیمار/ طرف مسئول) نسبت تاریخ

### گواهی اقامت باید توسط بیمار/ طرف مسئول امضا شود

5. من گواهی می‌دهم که در زمان دریافت خدمات، ساکن نیوجرسی هستم/ بودم و قصد دارم ساکن نیوجرسی بمانم.

\_\_\_\_\_  
(بیمار/ طرف مسئول) نسبت تاریخ

6. من تایید می‌کنم که کلیه اطلاعات ارائه شده در این گواهی مطابق با اطلاعات و دانسته‌های من درست، کامل و صحیح است.

\_\_\_\_\_  
(بیمار/ طرف مسئول) نسبت تاریخ



## گواهی همسر

فقط موردی را که می‌تواند مرتبط به وضعیت شما باشد، امضا کنید:

1. گواهی می‌دهم که از تاریخ \_\_\_\_\_ هیچ درآمدی دریافت نکرده‌ام.

تاریخ

\_\_\_\_\_ (همسر/طرف مسئول) نسبت \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

2. گواهی می‌دهم که هیچ نوع دارایی (حساب‌های بانکی، گواهی‌های سپرده و غیره)، از جانب خودم یا هر شخص دیگری ندارم.

\_\_\_\_\_ (همسر/طرف مسئول) نسبت \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

3. من گواهی می‌دهم که بی‌خانمان هستم و از تاریخ \_\_\_\_\_ بی‌خانمان بوده‌ام

\_\_\_\_\_ (همسر/طرف مسئول) نسبت \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

4. گواهی می‌دهم که هیچ پوشش پزشکی از جانب خودم یا هر طرف دیگری برای پوشش مبالغ معوقه صورت حساب‌هایم ندارم.

\_\_\_\_\_ (همسر/طرف مسئول) نسبت \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

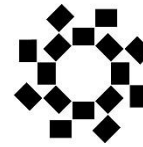
گواهی اقامت باید توسط بیمار/طرف مسئول امضا شود

5. من گواهی می‌دهم که در زمان دریافت خدمات، ساکن نیوجرسی هستم/بودم و قصد دارم ساکن نیوجرسی بمانم.

\_\_\_\_\_ (همسر/طرف مسئول) نسبت \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

6. من تایید می‌کنم که کلیه اطلاعات ارائه شده در این گواهی مطابق با اطلاعات و دانسته‌های من درست، کامل و صحیح است.

\_\_\_\_\_ (همسر/طرف مسئول) نسبت \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_



## نامه حمایت

بیمار:

تاریخ:

تاریخ تولد:

تاریخ اولیه خدمات:

توسط شخصی که از بیمار حمایت می‌کند تکمیل شود. شامل همسری که با شما زندگی می‌کند نمی‌شود.

من تایید می‌کنم که اطلاعات ذکر شده در زیر درست و صحیح است. من کاملاً درک می‌کنم که ارائه اطلاعات نادرست یا عدم ارائه اطلاعات کامل درخواست شده می‌تواند دلیلی برای کلاهبرداری باشد و مرکز بهداشت هکینساک مریدین [Hackensack Meridian Health] می‌تواند هر گونه اقدام قانونی مقتضی را انجام دهد. من همچنین می‌دانم که اگر اطلاعات کذب، ناقص یا به هر طریقی گمراه کننده باشند، شخصاً مسئول خواهم بود.

### هر مورد مرتبط را در بخش زیر علامت بزنید:

فرد نامبرده با من زندگی می‌کند و از زمان زیر با من زندگی کرده است (تاریخ): \_\_\_\_\_

فرد نامبرده در زمان ارائه خدمت، مقیم نیوجرسی بوده، در هیچ ایالت یا کشور دیگری اقامت ندارد و قصد دارد در ایالت نیوجرسی بماند.

فرد نامبرده تحت پوشش هیچ نوع بیمه درمانی اعم از Medicaid یا Medicare نیست.

فرد نامبرده در حال حاضر و حداقل یک ماه قبل از تاریخ خدمات ذکر شده در بالا بیکار بوده است.

به فرد نامبرده مزایای بیکاری یا هر نوع مزایای دیگری تعلق نمی‌گیرد (از کار افتادگی، کمک هزینه SSI، کمک هزینه رفاه، و غیره)

من غذا و سرپناه فرد نامبرده را تامین می‌کنم.

من ماهانه مبلغ \_\_\_\_\_ دلار پول نقد در اختیار نامبرده قرار می‌دهم.

فرد نامبرده با من زندگی نمی‌کند اما من به شکل زیر از وی حمایت می‌کنم:

امضا \_\_\_\_\_

نسبت شما با فرد نامبرده \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

(زیپ کد)

(ایالت)

(شهر)

شماره تلفن: \_\_\_\_\_