

Processo de candidatura a assistência beneficente/assistência financeira

Poder-se-á candidatar a Assistência Financeira no prazo de 1 ano após a alta hospitalar ou receção de atendimento ambulatorio.

A Assistência Beneficente está disponível para residentes de Nova Jérсия sem seguro, com seguro insuficiente ou não elegíveis para programas estaduais e federais.

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

A Assistência Beneficente cobre apenas os cuidados hospitalares. O programa não se aplica a médicos ou outros prestadores que faturam independentemente pelos seus serviços.

- Por favor, preencha e assine o formulário. (Se recebeu cuidados em vários hospitais Hackensack Meridian Health, terá de assinar um formulário por cada hospital onde recebeu os serviços.)
- Anexe cópias de todos os documentos necessários.
- Toda a documentação é baseada na data inicial do serviço.
- Se tem 21 anos ou menos e é estudante universitário a tempo inteiro, o seu progenitor ou tutor deve preencher o formulário e fornecer os documentos comprovativos necessários. Por favor, forneça um comprovativo do seu estatuto de estudante e cartas de concessão financeira para os semestres atuais e anteriores.

Se tiver alguma dúvida sobre a candidatura ou documentação necessária para a candidatura, por favor ligue para um consultor financeiro do hospital onde recebeu os seus serviços.

- **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**

Para os hospitais abaixo, por favor ligue para 732-902-7080

- **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**

Para nos ajudar ainda mais no processamento do seu pedido de assistência beneficente, por favor forneça apenas cópias dos documentos listados abaixo que se aplicam à sua situação. Se a documentação apropriada listada abaixo não for fornecida ou se a sua candidatura estiver incompleta, não poderemos processar sua candidatura. Todos os documentos necessários são baseados na sua Data de Serviço. Data de Serviço significa o primeiro dia em que esteve realmente no hospital.

Identificação pessoal do paciente, cônjuge, de filhos menores de 18 anos e estudantes universitários a tempo inteiro com até 21 anos de idade

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

Cartões de seguro

- Cópia da frente e verso do cartão de seguro

Extratos bancários/patrimoniais que incluam o saldo na sua data de serviço

- Extratos de conta corrente, poupanças e cartão de débito
- Os depósitos sobre os seus rendimentos informados podem exigir uma explicação
- Documentação atual para qualquer CD, IRA, 401K (todos eles planos de poupança/investimento), ações ou títulos

Comprovativo de rendimentos referente ao mês anterior à data do serviço

- Comprovativo de rendimentos auferidos, incluindo recibos de pagamento ou uma declaração escrita e assinada de ganhos brutos por parte do seu empregador em papel timbrado comercial
- Se for trabalhador independente, é necessária uma declaração de lucros e perdas assinada por um contabilista, juntamente com uma cópia da declaração de impostos do ano anterior. Se o seu negócio for uma sociedade ou corporação, forneça uma carta de um contabilista com o seu salário semanal.
- Comprovativo de rendimentos não auferidos, incluindo, mas não se limitando a, pensão de reforma, subsídio de apoio por descendente, pensão de alimentos, benefícios de veteranos, carta de atribuição de prémios da Segurança Social, carta de atribuição de Rendimento de Segurança Suplementar para todos os membros da família, registo de desemprego ou invalidez estadual, bem como outras contribuições financeiras

Comprovativo de residência anterior à data do serviço

- Deve mostrar o endereço da rua – NÃO uma caixa postal
- Por favor, escolha um dos seguintes: carta de condução, cópia do contrato de arrendamento, conta de serviços públicos, correspondência datada com o seu nome e endereço emitida antes da data do serviço

Atestado do paciente: (assinar e datar tudo o que se aplica).

- Atestado do cônjuge, se casado (assinar e datar tudo o que se aplica).

Se não tiver rendimentos, tenha consigo a Carta de Apoio anexada assinada pela pessoa com quem reside (que não seja seu cônjuge) que está a ajudar a sustentá-lo financeiramente.

Por favor, envie o seu formulário e documentos para o endereço acima, onde estiver a solicitar assistência beneficente. (Lembrete: a assistência beneficente é específica do hospital, portanto, se os serviços tiverem sido prestados em vários locais, é necessário enviar um formulário para cada local.)



**Programa de Assistência de Cuidados Hospitalares de Nova Jérсия
Candidatura a Assistência Beneficente**

Marque **TODOS** os hospitais onde recebeu serviços:

() HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH

() SOMC () RBMC () OBMC

SECÇÃO I – INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | | | | |
|--|-----------------|--|---|--------------------------|
| NOME DO PACIENTE (APELIDO, NOME PRÓPRIO, INICIAL DO NOME DO MEIO) | | DATA DE NASCIMENTO | | |
| DATA DA CANDIDATURA | DATA DO SERVIÇO | | GRÁVIDA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | |
| ENDEREÇO DO PACIENTE | | NÚMERO DE TELEFONE/TELEMÓVEL () | | |
| CIDADE: ESTADO, CÓDIGO POSTAL ESTADO CIVIL | | *AGREGADO FAMILIAR | | |
| É CIDADÃO DOS EUA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO RESIDENTE LEGAL DESDE: _____ | | VOCÊ É UM RESIDENTE DE NOVA JÉRSIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| NOME DO FIADOR (se não for o paciente) | | COBERTURA DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO COMPANHIA DE SEGUROS _____ APÓLICE N.º: _____ | | |
| OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA | PARENTESCO | DATA DE NASCIMENTO | GRÁVIDA? S/N | COBERTURA DE SEGURO? S/N |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

SECÇÃO II - CRITÉRIOS DE BENS

OS BENS INCLUEM:

- A. Contas Poupança _____
- B. Contas Correntes _____
- C. Certificados de Depósito/IRA _____
- D. Património Imobiliário (exceto residência principal) _____
- E. Outros bens, 401K, Ações e Obrigações _____
- F. TOTAL _____

SECÇÃO III - CRITÉRIOS DE RENDIMENTOS

Ao determinar a elegibilidade para assistência de cuidados hospitalares, devem ser utilizados os rendimentos do paciente e, se aplicável, do cônjuge.

Os rendimentos dos pais devem ser utilizados para um filho menor. Este formulário deve ser acompanhado por um comprovativo de rendimentos. Os rendimentos baseiam-se no cálculo de doze meses, três meses, um mês ou uma semana de rendimentos anteriores à data do serviço.

NOME DO EMPREGADOR: _____

RENDIMENTOS TOTAIS
 \$ _____
FONTES DE RENDIMENTOS:

| | Semanais | Mensais | Anuais |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Salário/Vencimentos antes das Deduções _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Assistência pública _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Segurança Social/Benefícios por Invalidez _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Desemprego e Compensação do Trabalhador _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Benefícios do veterano _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Pensão de alimentos/Subsídio de apoio por descendente _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Outros apoios monetários _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Pagamentos de pensão _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Pagamentos de seguro ou anuidade _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Dividendos/Juros _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Rendimentos de arrendamentos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Rendimento comercial líquido _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Outros (Benefícios de greve, bolsas de formação, Atribuição de família militar, propriedades ou fundo) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outra fonte de rendimentos: _____ | | | |

SECÇÃO IV – CERTIFICADO PELO REQUERENTE

Compreendo que as informações que envio estão sujeitas à verificação por parte do estabelecimento de saúde adequado e pelos governos federal ou estadual. A deturpação intencional destes factos tornar-me-á responsável por todas as despesas hospitalares sujeitas a penalidades civis.

Se solicitado pelo estabelecimento de saúde, solicitarei assistência médica governamental ou privada para pagamento da conta hospitalar.

Certifico que as informações anteriores sobre a minha situação familiar, rendimentos e bens são verdadeiras e corretas.

Compreendo que é minha responsabilidade informar o hospital sobre qualquer mudança no estado no que diz respeito aos meus rendimentos ou bens.

ASSINATURA DO PACIENTE OU DO TUTOR**DATA**

APENAS PARA USO DO GABINETE: Responsabilidade Sem cobertura de seguro _____ %
 Após a cobertura do seguro _____ %

DATA DE APROVAÇÃO: _____ Efetiva: _____ Termina a: _____

Assinatura do avaliador: _____



ATESTADO DO PACIENTE

ASSINE ABAIXO O QUE QUER QUE SE APLIQUE À SUA SITUAÇÃO:

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

(Paciente/Parte responsável)

Parentesco

DATA

2. Atesto que NÃO POSSUO QUAISQUER ATIVOS (contas bancárias, CD (planos de poupança), etc.) próprios ou através de qualquer outra parte.

(Paciente/Parte responsável)

Parentesco

DATA

3. Atesto que sou SEM-ABRIGO e tenho estado DESALOJADO desde _____

(Paciente/Parte responsável)

Parentesco

DATA

4. Atesto que NÃO TENHO QUALQUER COBERTURA MÉDICA própria ou através de qualquer outra parte para cobrir o valor pendente das minhas contas.

(Paciente/Parte responsável)

Parentesco

DATA

O CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA DEVE SER ASSINADO PELO PACIENTE/PELA PARTE RESPONSÁVEL

5. ATESTO QUE SOU/FUI RESIDENTE EM NOVA JÉRSIA NO MOMENTO EM QUE OS SERVIÇOS FORAM RECEBIDOS E QUE PRETENDO PERMANECER RESIDENTE EM NOVA JÉRSIA.

(Paciente/Parte responsável)

Parentesco

DATA

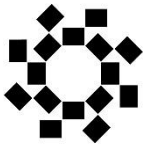
6. DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS NESTE CERTIFICADO SÃO VERDADEIRAS, COMPLETAS E CORRETAS, DE ACORDO COM O MEU CONHECIMENTO.

(Paciente/Parte responsável)

Parentesco

DATA

Revisor



CERTIFICADO DO CÔNJUGE

ASSINE ABAIXO APENAS O QUE SE POSSA APLICAR À SUA SITUAÇÃO:

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

(Cônjuge/Parte responsável)

Parentesco

DATA

2. Atesto que NÃO POSSUO QUAISQUER ATIVOS (contas bancárias, CD (planos de poupança), etc.) próprios ou através de qualquer outra parte.

(Cônjuge/Parte responsável)

Parentesco

DATA

3. Atesto que sou SEM-ABRIGO e tenho estado DESALOJADO desde _____

(Cônjuge/Parte responsável)

Parentesco

DATA

4. Atesto que NÃO TENHO QUALQUER COBERTURA MÉDICA própria ou através de qualquer outra parte para cobrir o valor pendente das minhas contas.

(Cônjuge/Parte responsável)

Parentesco

DATA

O CERTIFICADO DE RESIDÊNCIA DEVE SER ASSINADO PELO PACIENTE/PELA PARTE RESPONSÁVEL

5. **ATESTO QUE SOU/FUI RESIDENTE EM NOVA JÉRSIA NO MOMENTO EM QUE OS SERVIÇOS FORAM RECEBIDOS E QUE PRETENDO PERMANECER RESIDENTE EM NOVA JÉRSIA.**

(Cônjuge/Parte responsável)

Parentesco

DATA

6. **DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS NESTE CERTIFICADO SÃO VERDADEIRAS, COMPLETAS E CORRETAS, DE ACORDO COM O MEU CONHECIMENTO.**

(Cônjuge/Parte responsável)

Parentesco

DATA



CARTA DE APOIO

PACIENTE: _____

DATA: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

DATA INICIAL DO SERVIÇO: _____

A SER PREENCHIDO PELA PESSOA QUE ESTÁ A PRESTAR APOIO AO PACIENTE. NÃO INCLUI UM CÔNJUGE QUE VIVA CONSIGO.

Certifico que as informações listadas abaixo são verdadeiras e corretas. Compreendo perfeitamente que fornecer informações falsas ou o incumprimento em fornecer as informações completas solicitadas pode constituir motivo para fraude sendo que a Hackensack Meridian Health pode tomar qualquer medida legal apropriada. Compreendo ainda que serei pessoalmente responsabilizado se as informações forem falsificadas, incompletas ou, de alguma forma, enganosas.

Marque abaixo o que se aplica:

- A pessoa supracitada mora comigo, e tem morado desde **(Data):** _____
- A pessoa supracitada era residente de NJ no momento do serviço, não tem residência em nenhum outro Estado ou País e pretende permanecer no Estado de NJ.
- A pessoa supracitada não está coberta por qualquer tipo de seguro médico, incluindo Medicaid ou Medicare.
- A pessoa supracitada está desempregada neste momento e esteve pelo menos um mês antes da data do serviço indicada acima.
- A pessoa supracitada não recebe subsídio de desemprego ou qualquer outro tipo de subsídio (Invalidez, Rendimento de Segurança Suplementar, Assistência Social, etc.)
- Estou a fornecer comida e abrigo à pessoa supracitada.
- Estou a fornecer dinheiro no valor de _____ \$ por mês, à pessoa supracitada.
- A pessoa supracitada não mora comigo, mas presto apoio na forma de:

A sua relação com a pessoa supracitada

Assinatura

Endereço: _____

(Cidade)

(Estado)

(Código Postal)

Número de telefone: _____