

# Atlantic Health System

MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
100 Madison Avenue Interoffice Box 111  
Morristown NJ 07960

\_\_OVERLOOK MEDICAL CENTER  
99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237  
Summit, NJ 07902

\_\_NEWTON MEDICAL CENTER  
175 High Street  
Newton, NJ 07860

\_\_CHILTON MEDICAL CENTER  
97 W. Parkway ATTN: Pinansiyal na Pagpayo  
Pompton Plains, NJ 07444

\_\_HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER  
651 Willow Grove Street  
Hackettstown, NJ 07840

Responsibilidad mong isumite ang lahat ng dokumentong hiniling kasama ng iyong nakumpletong aplikasyon para sa pinansiyal na tulong at sertipikasyon. Dapat sagutan ng pasyente at asawa niya ang isang pahina ng sertipikasyon.

Pakitandaan na maliban sa mga dokumentong nakalista sa itaas, may mga dokumentong maaaring hilingin at kailanganin upang maproseso ang iyong aplikasyon. Pakitandaan na kung lampas ka na sa 18 taong gulang ngunit wala pang 22 taon at nakalista bilang isang full time na mag-aaral, kakailanganin mong ibigay ang iyong pagkakakilanlan pati na rin ang pangalan ng iyong mga magulang o legal na tagapangalaga at mga kapatid. Kailangan mo ring isaad ang kita at mga pag-aari ng iyong mga magulang o legal na tagapangalaga.

- Isang uri ng personal na pagkakakilanlan para sa bawat miyembro ng pamilya, kasama na ang pasyente, asawa at mga menor de edad na dependent. Kabilang sa mga tinatanggap na uri ng ID ang: Lisensya sa pagmamaneho sa U.S., pasaporte, social security card, katibayan ng kapanganakan, alien registration card o ID ng empleyado.
- Patunay ng Address simula (petsa ng serbisyo/aplikasyon) \_\_\_\_\_. Kabilang sa mga tinatanggap na uri ng patunay ng address bago ang mismong petsa ng serbisyo/aplikasyon ang: bill sa pagpaparenta o utility. Tinatanggap din ang bahagi ng liham na may pangalan at address ng pasyente ngunit dapat ay may marka ng koreo sa loob ng 2 buwan bago ang petsa ng serbisyo/aplikasyon. Walang tatanggapin makalipas ang petsa ng serbisyo. Ang mga P.O. Box na address ay hindi tatanggapin.
- Dokumentasyon ng kabuuang kita sa loob ng isang buwan, tatlong buwan o isang taon bago ang mismong petsa ng serbisyo/aplikasyon para sa pasyente at asawa nito. Maaaring kabilang sa dokumentasyon ang sumusunod:
  - Mga stub ng pagbabayad mula sa employer (4 na magkakasunod na linggo bago ang mismong \_\_\_\_\_)
  - Impormasyon sa benepisyo ng walang trabaho (4 na magkakasunod na linggo bago ang mismong \_\_\_\_\_)
  - Liham tungkol sa Social Security Award o iba pang pahayag tungkol sa mga benepisyo na nagpapakita ng pensyon, kapansanan, suporta sa bata, sustento sa pamilya, taunang bayad atbp...
  - Naka-type na liham mula sa employer na may letterhead ng kumpanya na nagsasaad ng tagal ng pagtatrabaho, kung gaano kadalas sinuswelduhan at ang kabuuang halagang ibinayad. (Hindi maaaring magsabi ng tinatayang halaga, dapat ay eksakto at dapat ay sinasabi ang salitang “kabuuan” sa liham)
  - Pahayag ng accountant tungkol sa isinaayos na kabuuang kita kung may sariling negosyo ang pasyente at/o asawa nito. Dapat ay may tax ID at dapat ay nilagdaan ng taong naghahanda ng dokumento. Dapat ay eksaktong isang buwan, tatlong buwan o isang taon bago ang petsa ng serbisyo o aplikasyon. Narito ang mga eksaktong petsa na kinakailangan: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hanggang \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
  - Pahayag ng suporta mula sa taong nagbibigay ng lugar na matutuluyan kung walang natatanggap na kita ang pasyente at ang asawa nito.
- Pinakamakailang bank statement (checking at savings) para sa pasyente at asawa nito simula (petsa ng serbisyo/aplikasyon) \_\_\_\_\_. Mangangailangan din kami ng mga balanse ng lahat ng retirement fund, trust fund, certificate of deposit (CD), halaga ng equity sa mga bahay na pagmamay-ari bukod sa pangunahing tirahan, mga stock, bond, IRA at anumang iba pang mga liquid asset.
- Pinakamakailang nahain na tax return kasama na ang lahat ng iskedyul at W2.

# Atlantic Health System

<input type="checkbox"/>	MORRISTOWN MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	OVERLOOK MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	NEWTON MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	CHILTON MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

## APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Pangalan ng Pasyente	Social Security Number	Petsa ng Kapanganakan
Address ng Kalye	Lungsod	Estado Zip
Employer	Telepono sa Bahay	Kabuuang Sahod

### Ibang Kita Kabuuang Kita ng Pamilya (Simula sa Petsa ng Serbisyo)

Welfare \$	Kawalan ng Trabaho \$	Nakaraang 12 Buwan	Nakaraang 3 Buwan	KATUMBAS NG ISANG TAON
Soc Sec \$	Trabaho/Comp \$	Laki ng Pamilya	Mga Pangalan at Petsa ng Kapanganakan	
VA Pension \$	Sustento sa Pamilya \$			
Renta \$	Iba pa \$			

### Mga Liquid Asset

Savings Account	Checking Account	MGA CD	MGA T-BILL
IRA	Negotiable Paper/Stock ng Kumpanya	Iba pa	Kabuuang Mga Liquid Asset

Kategoryang Hindi Nararapat sa Medicaid  Mataas na Kita  
 Walang Kapansanan  
 Hindi Kwalipikadong Dayuhan

Halaga ng Real Estate \$
--------------------------

Pangalan ng Carrier ng Insurance para sa Kalusugan	Numero ng Policy
----------------------------------------------------	------------------

Address ng Kalye	Lungsod	Estado	Zip
------------------	---------	--------	-----

Halaga ng Bill na Binayaran ng Insurance	Halagang Hindi Binayaran ng Insurance	Petsa ng Serbisyo
------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------

Pinapatunayan kong totoo at tumpak ang impormasyon sa itaas ayon sa aking kaalaman. Bukod pa rito, gagawa ako ng aplikasyon para sa anumang tulong (Medicaid, Medicare, Insurance atbp.), na maaaring available para sa pagbabayad ng aking bayarin sa ospital, at gagawin ko ang anumang pagkilos na makatuwirang kinakailangan upang makuha ang tulong na ito at itatalaga o babayaran ko ang ospital ng halagang nakuha para sa mga bayarin sa ospital. Nauunawaan kong obligasyon kong magbigay sa ospital ng patunay ng pagpapasya para sa Medicaid.

Nauunawaan kong ginagawa ang aplikasyon na ito upang mapagpasyahan ng ospital ang aking pagiging kwalipikado para sa mga walang bayad na serbisyo sa ilalim ng Programa sa Walang Bayad na Pangangalaga ng Departamento ng Kalusugan ng Estado (State Department of Health Uncompensated Care Program). Batay sa mga nakatakdang pamantayan na nasa file sa ospital. Kung mapatunayang hindi totoo ang anumang impormasyong ibinigay ko. Nauunawaan kong maaaring muling suriin ng ospital ang aking katayuang pinansyal at isasagawa nito ang anumang pagkilos na naaangkop.

\_\_\_\_\_  
 Petsa ng Hiling

\_\_\_\_\_  
 Lagda ng Aplikante

### HUWAG MAGSULAT SA IBABA NG LINYANG ITO (PARA LANG ITO SA TANGGAPAN)

#### Eligibility Determination

Date Application Received	Income Verified <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Application Approved <input type="checkbox"/> Pending Income Verification Pending Medicaid Determination
<b>Application Denied</b>		

**REASON:**

# Atlantic Health System

Percentage of Eligibility _____ %	Signature of Person Making Determination	Date
<b>TANDAAN NA KUNG TINANGGIHAN ANG APLIKASYON, MAAARI KANG MULING MAG-APPLY PARA SA MGA SERBISYO SA HINAHARAP</b>		

# Atlantic Health System

\_\_\_ MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
\_\_\_ OVERLOOK MEDICAL CENTER  
\_\_\_ NEWTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ CHILTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

Kukumpletuhin ng pasyente

## MGA SERTIPIKASYON

- \_\_\_ A. Mayroon akong (#) \_\_\_\_\_ (na) menor de edad na anak.
- \_\_\_ B. Ako ay: Binata/Dalaga, May Asawa, Diborsyado/Diborsyada, Biyudo/Biyuda, Hiwalay at walang mga ugnayang Pinansyal sa aking asawa.
- \_\_\_ C. Wala akong natatanggap na suporta sa anak/sustensto sa pamilya mula sa aking dating asawa/kapareha.  
Nilagdaan: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ D. Pinapatunayan kong wala akong kita mula: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hanggang \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
Nilagdaan: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ E. Sa panahon ng serbisyo, ako ay \_\_\_ walang trabaho o \_\_\_ nagtrabaho sa: \_\_\_\_\_  
Petsa ng Pagkatanggap sa Trabaho: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nakatanggap ako ng \$ \_\_\_\_\_ Linggu-linggo, Bawat Dalawang Linggo, Buwan-buwan, Taun-taon.  
Nakatanggap ng iba pang kita mula \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Linggu-linggo, Bawat Dalawang Linggo, Buwan-buwan, Taun-taon.
- \_\_\_ F. Pinapatunayan kong wala akong mga pag-aari.  
Nilagdaan: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ G. Pinapatunayan kong wala akong tirahan at ganito na ako mula pa noong \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. Naninirahan ako paminsan-minsan sa isang lokal na tirahan/hindi ako naninirahan paminsan-minsan sa isang lokal na tirahan.  
Mayroon akong pagkakakilanlan/wala akong pagkakakilanlan.  
Pangalan/Address ng Tirahan: \_\_\_\_\_  
Nilagdaan: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ H. Pinapatunayan kong hindi ako naghain ng anumang income tax return para sa taong \_\_\_\_\_ dahil \_\_\_\_\_.
- \_\_\_ I. Pinapatunayan kong wala akong saklaw na pangkalusugan.  
Nilagdaan: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ J. Nanirahan ako sa \_\_\_\_\_  
Nang mag-isa / kasama si \_\_\_\_\_
- \_\_\_ K. Isa na akong residente ng Estado ng New Jersey mula pa noong \_\_\_\_\_. Hindi ako naninirahan sa anumang iba pang estado o bansa at layunin kong ipagpatuloy ang aking paninirahan sa New Jersey.  
Nilagdaan: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ L. Hindi ako isang residente ng Estado ng New Jersey. Naospital ako sa ilalim ng mga pang-emergency na sitwasyon.  
Nilagdaan: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ M. Ginagawa ko ang Affidavit na ito upang makapag-apply para sa Charity Care.

Nauunawaan kong ang impormasyong isinumite ko ay napapailalim sa pag-verify ng Atlantic Health System at ng Mga Pamahalaan ng Pederal o Estado.

# Atlantic Health System

Kapag sinasadyang maling katawanin ang mga impormasyong ito, mapapawalang-bisa ng mga ospital ang karapatang makatanggap ng reimbursement para sa anumang mga bayaring hindi saklaw ng third party na carrier ng insurance.

Kung hihilingin ng Atlantic Health System, mag-a-apply ako para sa tulong medikal ng pamahalaan o iba pang tulong medikal para sa pagbabayad sa bill sa ospital kung kwalipikado ako para sa tulong.

Pinapatunayan kong totoo at tumpak ang impormasyong may kaugnayan sa aking kita, laki ng pamilya at mga pag-aari ayon sa aking kaalaman.

Nilagdaan: \_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_

Saksi: \_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_

.Kung may asawa, kukumpletuhin ng asawa

_____ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
_____ OVERLOOK MEDICAL CENTER
_____ NEWTON MEDICAL CENTER
_____ CHILTON MEDICAL CENTER
_____ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

## MGA SERTIPIKASYON

\_\_\_ A. Mayroon akong (#) \_\_\_\_\_ (na) menor de edad na anak.

\_\_\_ B. Ako ay: Binata/Dalaga, May Asawa, Diborsyado/Diborsyada, Biyudo/Biyuda, Hiwalay at walang mga ugnayang Pinansyal sa aking asawa.

\_\_\_ C. Wala akong natatanggap na suporta sa anak/sustensto sa pamilya mula sa aking dating asawa/kapareha.

Nilagdaan: \_\_\_\_\_

\_\_\_ D. Pinapatunayan kong wala akong kita mula: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hanggang \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nilagdaan: \_\_\_\_\_

\_\_\_ E. Sa panahon ng serbisyo, ako ay \_\_\_\_ walang trabaho o \_\_\_\_ nagtrabaho sa: \_\_\_\_\_

Petsa ng Pagkatanggap sa Trabaho: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nakatanggap ako ng \$ \_\_\_\_\_ Linggu-linggo, Bawat Dalawang Linggo, Buwan-buwan, Taun-taon.

Nakatanggap ng iba pang kita mula \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Linggu-linggo, Bawat Dalawang Linggo, Buwan-buwan, Taun-taon.

\_\_\_ F. Pinapatunayan kong wala akong mga pag-aari.

Nilagdaan: \_\_\_\_\_

\_\_\_ G. Pinapatunayan kong wala akong tirahan at ganito na ako mula pa noong \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Naninirahan ako paminsan-minsan sa isang lokal na tirahan/hindi ako naninirahan paminsan-minsan sa isang lokal na tirahan.

Mayroon akong pagkakakilanlan/wala akong pagkakakilanlan.

Pangalan/Address ng Tirahan: \_\_\_\_\_

Nilagdaan: \_\_\_\_\_

\_\_\_ H. Pinapatunayan kong hindi ako naghain ng anumang income tax return para sa taong \_\_\_\_\_ dahil \_\_\_\_\_.

\_\_\_ I. Pinapatunayan kong wala akong saklaw na pangkalusugan.

Nilagdaan: \_\_\_\_\_

\_\_\_ J. Nanirahan ako sa \_\_\_\_\_

Nang mag-isa / kasama si \_\_\_\_\_

\_\_\_ K. Isa na akong residente ng Estado ng New Jersey mula pa noong \_\_\_\_\_. Hindi ako naninirahan sa anumang iba pang estado o bansa at layunin kong ipagpatuloy ang aking paninirahan sa New Jersey.

Nilagdaan: \_\_\_\_\_

# Atlantic Health System

\_\_\_ L. Hindi ako isang residente ng Estado ng New Jersey. Naospital ako sa ilalim ng mga pang-emergency na sitwasyon.

Nilagdaan: \_\_\_\_\_

\_\_\_ M. Ginagawa ko ang Affidavit na ito upang makapag-apply para sa Charity Care.

Nauunawaan kong ang impormasyong isinumite ko ay napapailalim sa pag-verify ng Atlantic Health System at ng Mga Pamahalaan ng Pederal o Estado.

Kapag sinasadyang maling katawanin ang mga impormasyong ito, mapapawalang-bisa ng mga ospital ang karapatang makatanggap ng reimbursement para sa anumang mga bayaring hindi saklaw ng third party na carrier ng insurance.

Kung hihilingin ng Atlantic Health System, mag-a-apply ako para sa tulong medikal ng pamahalaan o iba pang tulong medikal para sa pagbabayad sa bill sa ospital kung kwalipikado ako para sa tulong.

Pinapatunayan kong totoo at tumpak ang impormasyong may kaugnayan sa aking kita, laki ng pamilya at mga pag-aari ayon sa aking kaalaman.

Nilagdaan: \_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_

Saksi: \_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_