

Zdravstveni sustav Atlantic

DOM ZDRAVLJA MORRISTOWN MEDICAL CENTER
HACKETTSTOWN

100 Madison Avenue Interoffice Box 111
Morristown NJ 07960

__ DOM ZDRAVLJA OVERLOOK

99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237
Summit, NJ 07902

__DOM ZDRAVLJA NEWTON

175 High Street
Newton, NJ 07860

__ DOM ZDRAVLJA CHILTON

97 W. Parkway ATTN: Financijsko savjetovanje
Pompton Plains, NJ 07444

__DOM ZDRAVLJA

651 Willow Grove Street
Hackettstown, NJ 07840

Vaša je odgovornost poslati sve tražene dokumente s vašom popunjenom prijavom za financijsku pomoć i certifikacijom. I pacijent i supružnik moraju popuniti stranicu certifikacije.

Molimo imajte na umu da drugi dokumenti pored onih popisanih ispod mogu biti zahtijevani i potrebni za obradu vaše prijave. Molimo imajte na umu da ako ste stariji od 18 godina ali mlađi od 22 godine i redovni ste student, trebat ćete dati svoj identifikacijski dokument kao i vaši roditelji ili staratelji i braća i sestre. Također trebate dati dokaz o imovini i prihodima vaših roditelja ili staratelja.

- Neki osobni identifikacijski dokument za svakog člana obitelji, uključujući pacijenta, supružnika i maloljetnike ovisne o njima. Prihvatljivi oblici identifikacije su: Vozačka dozvola SADa, putovnica, kartica socijalnog osiguranja, rodni list, registracijska kartica za strance ili identifikacijski dokument uposlenika.
- Dokaz o adresi na dan (datum usluge/prijave) _____. Prihvatljivi dokumenti kao dokaz o adresi odmah prije datuma usluge/prijave uključuju: Dokument o zakupu ili komunalni račun. Pismo s imenom i adresom pacijenta je također prihvatljivo ali mora biti poštanski obilježeno u roku od dva mjeseca od datuma usluge/prijave. Ništa nakon datuma usluge neće biti prihvaćeno. Poštansko sanduče Adresa poštanskog sandučeta nije prihvatljiva.
- Dokumentacija o bruto prihodima za jedan mjesec, tri mjeseca ili jednu godinu odmah prije datuma usluge/prijave i za pacijenta i za supružnika. Dokumentacija može uključivati sljedeće:
 - Potvrde o plaćanju od poslodavca (četiri tjedna za redom odmah prije _____)
 - Informacije o benefitima za neuposlene (četiri tjedna za redom odmah prije _____)
 - Pismo dodjele socijalnog osiguranja ili izjavu o drugim benefitima koji pokazuju mirovinu, nesposobnost, alimentaciju, anuitet itd..
 - Kucano pismo od uposlenika na zaglavlju tvrtke koje navodi duljinu trajanja uposlenosti, učestalost plaćanja i bruto plaću. (Nije moguće navesti približni iznos, on mora biti točan i pismo mora sadržavati riječ "bruto")
 - Izjavu računovode o prilagođenom bruto prihodu ako su pacijent i/ili supružnik samouposleni. Mora uključivati poreski identifikacijski broj potpisan od strane osobe koja priprema dokument. Mora biti točno jedan mjesec, tri mjeseca ili godinu prije datuma usluge ili prijave. Ovdje su točni potrebni datumi: ____/____/____ do ____/____/____.
 - Izjava o podršci od osobe koja daje prostor i hranu ako pacijent i supružnik nemaju prihoda.
- Najnovija bankovna izjava (prijava i štednja) i za pacijenta i supružnika na dan (datum usluge/prijave) _____. Trebat ćemo i stanje svih mirovinskih sredstava, povjereničkih fondova, potvrdu o uplati (CD), vrijednost glavnice u domovima koje posjeduju pored primarnog boravišta, dionice, obveznice, Pojedinačne mirovinske aranžmane i bilo kakva druga likvidna sredstva.
- Posljednju poslanu poreznu prijavu uključujući sve rasporede i W2.

Zdravstveni sustav Atlantic

DOM ZDRAVLJA MORRISTOWN
 DOM ZDRAVLJA OVERLOOK
 DOM ZDRAVLJA NEWTON
 DOM ZDRAVLJA CHILTON
 DOM ZDRAVLJA HACKETTSTOWN

PRIJAVA ZA FINACIJSKU POMOĆ

Ime pacijenta		Broj socijalnog osiguranja		Datum rođenja					
Adresa		Grad		Država		Poštanski broj			
Poslodavac		Kućni telefon		Bruto plaća					
Drugi prihodi		Obiteljska bruto plaća (na datum usluge)							
Blagostanje \$		Neuposlenost \$		Posljednjih 12 mjeseci		Posljednja 3 mjeseca		NA GODIŠNJOJ RAZINI	
Soc osig \$		Rad/Komp \$		Brojnost obitelji		Imena i datumi rođenja			
VA mirovina \$		Alimentacija \$							
Kirija \$		Drugo \$							
Likvidna sredstva									
Štedni račun		tekući račun		Potvrde o depozitu		Blagajnički zapisi			
Pojedinačni mirovinski aranžmani		Pregovarački papir / korporativni fond		Drugo		Ukupna likvidna sredstva			
Kategorija koja nije odgovarajuća za Medicaid <input type="checkbox"/> Visoki prihod <input type="checkbox"/> Nije onemogućeno <input type="checkbox"/> Neodgovarajuće Stranac/Strankinja									
Vrijednost nekretnina \$									
Naziv nositelja zdravstvenog osiguranja				Broj police					
Adresa		Grad		Država		Poštanski broj			
Iznos računa kojeg je platilo osiguranje			Iznos računa kojeg nije platilo osiguranje			Datum usluge			
<p>Tvrđim da su gornje informacije istinite i točne koliko je meni poznato. Dalje, poslat ću prijavu za bilo kakvu pomoć (Medicaid, Medicare, osiguranje itd), koja može biti raspoloživa za plaćanje mojih bolničkih troškova i poduzeću bilo kakvu razumno potrebnu radnju kako bih dobio/la takvu pomoć i dodijelit ću ili platiti bolnici iznos koji se naplaćuje za bolničke troškove. Shvaćam da je moja obveza pružiti bolnici dokaz o odluci za Medicaid.</p> <p>Shvaćam da se ova prijava šalje kako bi bolnica mogla procijeniti mogu li dobiti neplaćene usluge u okviru programa Državnog zavoda za zdravstveno osiguranje bez kompenzacije. Temeljem utvrđenih kriterija na datoteci u bolnici. Ako se dokaže da je bilo koja informacija koju sam dao/la neistinita. Shvaćam da bolnica može ponovo procijeniti moju financijsku situaciju i poduzeti sve neophodne radnje.</p>									
Datum zahtjeva				Potpis podnositelja prijave					
NEMOJTE PISATI ISPOD OVE LINIJE (SAMO ZA SLUŽBENU UPORABU)									
Određivanje mogućnosti dobijanja									
Datum primanja prijave		Prihod je potvrđen <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Prijava je potvrđena <input type="checkbox"/> Potvrda prihoda je na čekanju					
Prijava je odbijena		Potvrđivanje Medicaid je na čekanju							
RAZLOG:									
				Potpis osobe koja određuje		Datum			
Procent mogućnosti _____ %									
ZABILJEŠKA AKO JE PRIJAVA ODBIJENA VI MOŽETE PONOVO POSLATI PRIJAVU ZA BUDUĆE USLUGE									

Zdravstveni sustav Atlantic

Popunjavanje pacijent

POTVRDE

___ DOM ZDRAVLJA MORRISTOWN
___ DOM ZDRAVLJA OVERLOOK
___ DOM ZDRAVLJA NEWTON
___ DOM ZDRAVLJA CHILTON
___ DOM ZDRAVLJA HACKETTSTOWN

___ A. Imam (#) _____ maloljetnu djecu.

___ B. Ja sam: Sam/a, oženjen/udata, razveden/a, udovac/udovica, razdvojen/a i nemam financijskih poveznica sa supružnikom.

___ C. Ne primam alimentaciju od mog bivšeg supružnika/drugo

Potpisao/la: _____

___ D. Tvrdim da nisam imao/la prihoda od: ___/___/___ do ___/___/___.

Potpisao/la: _____

___ E. U vrijeme usluge bio/la sam ___ neuposlen/a ili ___ uposlen/a od strane _____

Datum uposlenja: ___/___/___ Primaoh/la sam \$ _____ tjedno, u dva tjedna, mjesečno, godišnje.

Drugi prihod primljen je od _____ \$ _____ tjedno, u dva tjedna, mjesečno, godišnje.

___ F. Tvrdim da nemam sredstava.

Potpisao/la: _____

___ G. Tvrdim da sam beskućnik/ca i da sam to od ___/___/___ . Nikada ne/povremeno boravim u lokalnom skloništu. Imam/nemam identifikacijski dokument.

Naziv/adresa skloništa: _____

Potpisao/la: _____

___ H. Tvrdim da nisam poslao/la nikakvu poreznu prijavu za godinu _____ jer _____.

___ I. Tvrdim da nemam zdravstveno osiguranje.

Potpisao/la: _____

___ J. Živio/la sam _____

Sam/a/ s _____

___ K. Živim u državi New Jersey od _____. Ne živim ni u jednoj drugoj državi ili zemlji i imam namjeru nastaviti živjeti u državi New Jersey.

Potpisao/la: _____

___ L. Ne živim u državi New Jersey. Primljen/a sam u bolnicu kao hitan slučaj.

Potpisao/la: _____

___ M. Sastavljam ovu pismenu izjavu kako bih se prijavio/la u dobrotvornu skrb.

Shvaćam da će informacije koje sam dao/la provjeriti Zdravstveni sustav Atlantic i federalna ili državna vlada.

Namjerno lažno iznošenje ovih činjenica onemogućit će pravo bolnicama da primaju naknadu za bilo kakve troškove koje nije pokrio nositelj osiguranja treće strane. Ako to zatraži Zdravstveni sustav Atlantic, poslat ću prijavu vladi ili drugoj medicinskoj pomoći za plaćanje bolničkog računa ako ispunjavam uvjete za tu pomoć.

Tvrdim da su informacije koje se tiču mog prihoda, brojnosti obitelji i sredstava točne i istinite koliko je meni poznato.

Potpisao/la: _____

Datum: _____

Svjedok: _____

Datum: _____

Zdravstveni sustav Atlantic

___ DOM ZDRAVLJA MORRISTOWN
___ DOM ZDRAVLJA OVERLOOK
___ DOM ZDRAVLJA NEWTON
___ DOM ZDRAVLJA CHILTON
___ DOM ZDRAVLJA HACKETTSTOWN

.Ako ste oženjeni/udati, popunjava supružnik

POTVRDE

___ A. Imam (#) _____ maloljetnu djecu.

___ B. Ja sam: Sam/a, oženjen/udata, razveden/a, udovac/udovica, razdvojen/a i nemam financijskih poveznica sa supružnikom.

___ C. Ne primam alimentaciju od mog bivšeg supružnika/drugo

Potpisao/la: _____

___ D. Tvrdim da nisam imao/la prihoda od: ___/___/___ do ___/___/___.

Potpisao/la: _____

___ E. U vrijeme usluge bio/la sam ___ neuposlen/a ili ___ uposlen/a od strane _____

Datum uposlenja: ___/___/___ Prima/la sam \$ _____ tjedno, u dva tjedna, mjesečno, godišnje.

Drugi prihod primljen je od _____ \$ _____ tjedno, u dva tjedna, mjesečno, godišnje.

___ F. Tvrdim da nemam sredstava.

Potpisao/la: _____

___ G. Tvrdim da sam beskućnik/ca i da sam to od ___/___/_____. Nikada ne/povremeno boravim u lokalnom skloništu.
Imam/nemam identifikacijski dokument.

Naziv/adresa skloništa: _____

Potpisao/la: _____

___ H. Tvrdim da nisam poslao/la nikakvu poreznu prijavu za godinu _____ jer _____.

___ I. Tvrdim da nemam zdravstveno osiguranje.

Potpisao/la: _____

___ J. Živio/la sam _____

Sam/a/ s _____

___ K. Živim u državi New Jersey od _____. Ne živim ni u jednoj drugoj državi ili zemlji i imam namjeru nastaviti živjeti u državi New Jersey.

Potpisao/la: _____

___ L. Ne živim u državi New Jersey. Primljen/a sam u bolnicu kao hitan slučaj.

Potpisao/la: _____

___ M. Sastavljam ovu pismenu izjavu kako bih se prijavio/la za dobrotvornu skrb.

Shvaćam da će informacije koje sam dao/la provjeriti Zdravstveni sustav Atlantic i federalna ili državna vlada.

Namjerno lažno iznošenje ovih činjenica onemogućit će pravo bolnicama da primaju naknadu za bilo kakve troškove koje nije pokrio nositelj osiguranja treće strane.
Ako to zatraži Zdravstveni sustav Atlantic, poslat ću prijavu vladi ili drugoj medicinskoj pomoći za plaćanje bolničkog računa ako ispunjavam uvjete za tu pomoć.

Tvrdim da su informacije koje se tiču mog prihoda, brojnosti obitelji i sredstava točne i istinite koliko je meni poznato.

Potpisao/la: _____

Datum: _____

Svjedok: _____

Datum: _____