

# Σύστημα Υγείας Atlantic

KENTPO YΓΕΙΑΣ ΜΟΡΙΣΤΑΟΥΝ  
100 Madison Avenue Interoffice Box 111  
Morristown NJ 07960

KENTPO YΓΕΙΑΣ ΟΒΕΡΛΟΥΚ  
99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237  
Summit, NJ 07902

KENTPO YΓΕΙΑΣ ΝΙΟΥΤΟΝ  
175 High Street  
Newton, NJ 07860

KENTPO YΓΕΙΑΣ ΧΙΑΤΟΝ  
97 W. Parkway ATTN: Financial Counseling  
Pompton Plains, NJ 07444

KENTPO YΓΕΙΑΣ ΧΑΚΕΤΣΤΑΟΥΝ  
651 Willow Grove Street  
Hackettstown, NJ 07840

Είναι δική σας ευθύνη να υποβάλετε όλα τα έγγραφα που ζητούνται μαζί με την ολοκληρωμένη αίτηση και πιστοποίησή σας για οικονομική βοήθεια. Ο ασθενής και ο/η σύζυγος θα πρέπει να συμπληρώσουν τη σελίδα πιστοποίησης.

Σημειώστε ότι ενδέχεται να σας ζητηθούν έγγραφα εκτός από αυτά που παρατίθενται παρακάτω, απαραίτητα για την επεξεργασία της αίτησής σας. Σημειώστε ότι εάν είστε πάνω από 18 χρονών αλλά κάτω από 22 και είστε εγγεγραμμένοι ως μαθητές πλήρους ωραρίου, θα χρειαστεί να δώσετε την ταυτότητά σας καθώς και των γονιών ή νόμιμων κηδεμόνων και αδερφών σας. Χρειάζεται επίσης να αναφέρετε το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία των γονιών ή των νόμιμων κηδεμόνων σας.

- Μια μορφή προσωπικής ταυτοποίησης για κάθε μέλος της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων του ασθενούς, του/της συζύγου και των ανήλικων εξαρτημένων μελών. Αποδεκτές μορφές ταυτοποίησης είναι: δίπλωμα οδήγησης των ΗΠΑ, διαβατήριο, κάρτα κοινωνικής ασφάλισης, πιστοποιητικό γέννησης, κάρτα μητρώου αλλοδαπών ή ταυτότητα εργαζομένου.
- Αποδεικτικό διεύθυνσης από (ημερομηνία υπηρεσίας/αίτησης) \_\_\_\_\_. Αποδεκτές μορφές αποδεικτικού διεύθυνσης αμέσως πριν την ημερομηνία της υπηρεσίας/αίτησης είναι: μισθωτήριο ή λογαριασμός υπηρεσίας κοινής ωφέλειας. Στοιχείο αλληλογραφίας με το όνομα του ασθενούς και τη διεύθυνση είναι επίσης αποδεκτό, αλλά θα πρέπει να έχει σφραγίδα ταχυδρομείου εντός 2 μηνών πριν την ημερομηνία της υπηρεσίας/αίτησης. Δεν θα γίνεται τίποτα αποδεκτό μετά την ημερομηνία της υπηρεσίας. Διευθύνσεις ταχυδρομικής θυρίδας δεν είναι αποδεκτές.
- Έγγραφα ακαθάριστου εισοδήματος για έναν μήνα, τρεις μήνες ή έναν χρόνο αμέσως πριν την ημερομηνία της υπηρεσίας/αίτησης για τον ασθενή και τον/την σύζυγο. Τα έγγραφα μπορούν να περιλαμβάνουν τα εξής:
  - Αποκόμματα μισθοδοσίας από εργοδότη (4 συνεχόμενες εβδομάδες αμέσως πριν \_\_\_\_\_)
  - Πληροφορίες προνομίων ανεργίας (4 συνεχόμενες εβδομάδες αμέσως πριν \_\_\_\_\_)
  - Επιστολή Βραβείου Κοινωνικής Ασφάλισης ή άλλη δήλωση προνομίων, όπου αναγράφεται η σύνταξη, η αναπηρία, η υποστήριξη τέκνων, η διατροφή, το ετήσιο επίδομα, κλπ..
  - Δακτυλογραφημένη επιστολή από εργοδότη σε επιστολόχαρτο με κεφαλίδα της εταιρείας, όπου δηλώνεται το διάστημα της εργασίας, η συχνότητα πληρωμών και το ακαθάριστο ποσό πληρωμών. (Δεν επιτρέπεται η κατά προσέγγιση δήλωση ποσού, θα πρέπει να είναι ακριβές και να αναγράφεται η λέξη 'ακαθάριστο' στην επιστολή)
  - Δήλωση του λογιστή με το προσαρμοσμένο ακαθάριστο εισόδημα, εάν ο ασθενής και/ή ο/η σύζυγος είναι αυτοαπασχολούμενοι. Θα πρέπει να περιλαμβάνει τον ΑΦΜ και θα πρέπει να είναι υπογεγραμμένη από το άτομο που προετοίμασε το έγγραφο. Θα πρέπει να είναι έναν μήνα, τρεις μήνες ή έναν χρόνο πριν από την ημερομηνία της υπηρεσίας ή της αίτησης. Οι ακριβείς ημερομηνίες που χρειάζονται είναι: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ έως \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
  - Δήλωση υποστήριξης από το άτομο που παρέχει στέγαση και σίτιση, εάν ο ασθενής και ο/η σύζυγος δεν έχουν κανένα εισόδημα.
- Το πιο πρόσφατο εκκαθαριστικό τραπεζικού λογαριασμού (τρεχούμενου ή ταμειυτηρίου) για τον ασθενή και τον/την σύζυγο από (ημερομηνία υπηρεσίας/αίτησης) \_\_\_\_\_. Θα χρειαστούμε επίσης και υπόλοιπα από όλα τα συνταξιοδοτικά ταμεία, τους αποταμιευτικούς λογαριασμούς, αποδεικτικά κατάθεσης, την αγοραία αξία κατοικιών σε ιδιοκτησία, εκτός της κύριας κατοικίας, μετοχές, ομόλογα, αποταμιεύσεις προσωπικής σύνταξης και οποιαδήποτε άλλα περιουσιακά στοιχεία.
- Την πιο πρόσφατη επιστροφή φόρου που έχει υποβληθεί, συμπεριλαμβανομένων όλων των φορολογικών κλιμάκων και συμβολαίων

# Σύστημα Υγείας Atlantic

\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΡΙΣΤΑΟΥΝ  
\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΟΒΕΡΛΟΥΚ  
\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΙΟΥΤΟΝ  
\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΙΑΤΟΝ  
\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΚΕΤΣΤΑΟΥΝ

## ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

Όνομα ασθενούς	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης	Ημερομηνία γέννησης	
Οδός	Πόλη	Πολιτεία	TK
Εργοδότης	Τηλέφωνο οικίας	Ακαθάριστος μισθός	

### Άλλο εισόδημα Ακαθάριστο οικογενειακό εισόδημα (Από την ημερομηνία παροχής της υπηρεσίας)

Κοινωνική πρόνοια	Ανεργία	Τελευταίοι 12 μήνες	Τελευταίοι 3 μήνες	ΣΕ ΕΤΗΣΙΑ ΒΑΣΗ
Κοιν Ασφ	Εργασία/Εταιρεία	Μέγεθος οικογένειας	Όνοματα και ημερομηνίες γέννησης	
Σύνταξη βετεράνου	Διατροφή			
Ενοίκιο	Άλλο			

### Περιουσιακά στοιχεία

Λογαριασμός ταμειωτηρίου	Τρεχούμενος λογαριασμός	Αποδεικτικά κατάθεσης	Έντοκα γραμμάτια δημοσίου
Αποταμίευση προσωπικής σύνταξης	Διαπραγματεύσιμος τίτλος/Εταιρικό κεφάλαιο	Άλλο	Συνολικά περιουσιακά στοιχεία

Κατηγορία που δεν δικαιούται Medicaid \_\_\_\_\_ Υψηλό εισόδημα  
\_\_\_\_\_ Χωρίς αναπηρία  
\_\_\_\_\_ Αλλοδαπός που δεν δικαιούται

Αξία ακίνητης περιουσίας \_\_\_\_\_ \$

Όνομα φορέα ασφάλειας υγείας \_\_\_\_\_ Αριθμός πολιτικής \_\_\_\_\_

Οδός \_\_\_\_\_ Πόλη \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_\_ TK \_\_\_\_\_

Ποσό λογαριασμού που καλύπτει η Ασφάλεια \_\_\_\_\_ Ποσό λογαριασμού που δεν καλύπτει η Ασφάλεια \_\_\_\_\_ Ημερομηνία παροχής υπηρεσίας \_\_\_\_\_

Εξ όσων γνωρίζω, πιστοποιώ ότι οι ανωτέρω πληροφορίες είναι αληθείς και ακριβείς. Επιπλέον, θα υποβάλω αίτηση για οποιαδήποτε βοήθεια (υγειονομική περίθαλψη Medicaid, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη Medicare, Ασφάλεια, κλπ.), η οποία δύναται να είναι διαθέσιμη για την πληρωμή της νοσοκομειακής μου χρέωσης και θα προβώ σε οποιαδήποτε ευλόγως απαραίτητη ενέργεια για να αποκτήσω αυτήν την βοήθεια και θα αναθέσω ή θα πληρώσω στο νοσοκομείο το ποσό που εισέπραξα για νοσοκομειακές χρεώσεις. Κατανοώ ότι είναι υποχρέωσή μου να παρέχω στο νοσοκομείο αποδεικτικά της απόφασης για Medicaid. Κατανοώ ότι η παρούσα αίτηση έχει δημιουργηθεί προκειμένου το νοσοκομείο να κρίνει το δικαίωμά μου για μη αποζημιωμένες υπηρεσίες σύμφωνα με το Τμήμα της Πολιτείας για Προγράμματα Μη Αποζημιωμένης Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης. Με βάση τα ορισμένα κριτήρια, αρχειοθετημένα στο νοσοκομείο. Εάν οποιαδήποτε πληροφορία που παρείχα αποδειχθεί αναληθής. Κατανοώ ότι το νοσοκομείο δύναται να αξιολογήσει εκ νέου την οικονομική μου κατάσταση και να προβεί σε οποιαδήποτε ενέργεια κριθεί κατάλληλη.

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία αιτήματος

\_\_\_\_\_  
Υπογραφή αιτούντος

# Σύστημα Υγείας Atlantic

ΜΗ ΓΡΑΦΕΤΕ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΑΥΤΗΝ ΤΗ ΓΡΑΜΜΗ (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ)

<b>Απόφαση δικαιώματος</b>		
Ημερομηνία λήξης της αίτησης	Το εισόδημα επαληθεύτηκε ___Ναι ___Όχι	___ Η αίτηση εγκρίθηκε ___ Εκκρεμεί η επαλήθευση εισοδήματος  Εκκρεμεί η απόφαση για Medicaid
<b>Η αίτηση απορρίφθηκε</b>		
<b>ΑΙΤΙΑ:</b>		

Δικαιούται σε ποσοστό _____ %	Υπογραφή του ατόμου που λαμβάνει την απόφαση	Ημερομηνία
-------------------------------	--	------------

**ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΤΙ ΕΑΝ Η ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΡΡΙΦΘΕΙ, ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΕΚ ΝΕΟΥ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

# Σύστημα Υγείας Atlantic

Συμπληρώνεται από τον ασθενή

## ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

___	KENTPO YΓEΙΑΣ ΜΟΡΙΣΤΑΟΥΝ
___	KENTPO YΓEΙΑΣ ΟΒΕΡΛΟΥΚ
___	KENTPO YΓEΙΑΣ ΝΙΟΥΤΟΝ
___	KENTPO YΓEΙΑΣ ΧΙΑΤΟΝ
___	KENTPO YΓEΙΑΣ ΧΑΚΕΤΣΤΑΟΥΝ

- \_\_\_ A. Έχω (αρ.) \_\_\_\_\_ ανήλικα τέκνα.
- \_\_\_ B. Είμαι: Άγαμος/η, Έγγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, Σε διάσταση και δεν έχω Οικονομικούς δεσμούς με τον/την σύζυγό μου
- \_\_\_ Γ. Δεν λαμβάνω υποστήριξη/διατροφή τέκνου από τον/την πρώην σύζυγό μου/άλλον.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Δ. Βεβαιώνω ότι δεν έχω κανένα εισόδημα από: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ έως \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ E. Τη χρονική περίοδο της παροχής της υπηρεσίας ήμουν \_\_\_ άνεργος/η ή \_\_\_ εργαζόμενος στ \_\_\_: \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία πρόσληψης: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Λάμβανα \_\_\_\_\_ \$ εβδομαδιαίως, ανά δεκαπενθήμερο, μηνιαίως, ετησίως.  
Λάμβανα άλλο εισόδημα από \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ \$ εβδομαδιαίως, ανά δεκαπενθήμερο, μηνιαίως, ετησίως.
- \_\_\_ ΣΤ. Βεβαιώνω ότι δεν έχω περιουσιακά στοιχεία.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Ζ. Δηλώνω ότι είμαι άνεργος τώρα και από \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . Μένω/Δεν μένω περιστασιακά σε τοπικό καταφύγιο αστέγων.  
Έχω/Δεν έχω ταυτότητα.  
Όνομα/Διεύθυνση καταφυγίου αστέγων: \_\_\_\_\_  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Η. Δηλώνω ότι δεν έχω υποβάλλει επιστροφή φόρου εισοδήματος για το έτος \_\_\_\_\_ γιατί \_\_\_\_\_.
- \_\_\_ Θ. Βεβαιώνω ότι δεν είχα καμία ιατροφαρμακευτική κάλυψη:  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ I. Διέμενα στο \_\_\_\_\_  
Μόνος/η μου / Με \_\_\_\_\_
- \_\_\_ ΙΑ. Είμαι κάτοικος της Πολιτείας του Νιού Τζέρσεϊ από \_\_\_\_\_. Δεν έχω διαμείνει σε άλλη πολιτεία ή χώρα και έχω κάθε πρόθεση να συνεχίσω να διαμένω στο Νιού Τζέρσεϊ.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ ΙΒ. Δεν είμαι κάτοικος της Πολιτείας του Νιού Τζέρσεϊ. Έκανα εισαγωγή στο νοσοκομείο υπό συνθήκες έκτακτης ανάγκης.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ ΙΓ. Υποβάλω την παρούσα ένορκη βεβαίωση προκειμένου να αιτηθώ για Φιλανθρωπική Περίθαλψη.

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που έχω υποβάλει υπόκεινται σε επαλήθευση από το Σύστημα Υγείας Atlantic και τις Ομοσπονδιακές ή Πολιτειακές Κυβερνήσεις. Σκόπιμη παραποίηση αυτών των στοιχείων καταργεί το δικαίωμα του νοσοκομείου να λάβει αποζημίωση για τυχόν χρεώσεις που δεν καλύπτονται από άλλον ασφαλιστικό φορέα. Εάν ζητηθεί από το Σύστημα Υγείας Atlantic, θα υποβάλω αίτηση για κυβερνητική ή άλλου είδους ιατρική βοήθεια για την πληρωμή του λογαριασμού του νοσοκομείου σε περίπτωση που πληρώ της προϋποθέσεις για λήψη βοήθειας. Εξ όσων γνωρίζω, πιστοποιώ ότι οι πληροφορίες που αφορούν το εισόδημά μου, το μέγεθος της οικογένειάς μου και τα περιουσιακά μου στοιχεία είναι αληθείς και ακριβείς.

Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Μάρτυρας: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

# Σύστημα Υγείας Atlantic

Εάν είστε έγγαμος/η, συμπληρώνεται από τον/τη σύζυγο

\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΡΙΣΤΑΟΥΝ  
\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΟΒΕΡΛΟΥΚ  
\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΙΟΥΤΟΝ  
\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΙΑΤΟΝ  
\_\_\_ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΚΕΤΣΤΑΟΥΝ

## ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

- \_\_\_ Α. Έχω (αρ.) \_\_\_\_\_ ανήλικα τέκνα.
- \_\_\_ Β. Είμαι: Άγαμος/η, Έγγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, Σε διάσταση και δεν έχω Οικονομικούς δεσμούς με τον/την σύζυγό μου
- \_\_\_ Γ. Δεν λαμβάνω υποστήριξη/διατροφή τέκνου από τον/την πρώην σύζυγό μου/άλλον.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Δ. Βεβαιώνω ότι δεν έχω κανένα εισόδημα από: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ έως \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Ε. Τη χρονική περίοδο της παροχής της υπηρεσίας ήμουν \_\_\_ άνεργος/η ή \_\_\_ εργαζόμενος στ \_\_\_: \_\_\_\_\_  
Ημερομηνία πρόσληψης \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Λάμβανα \_\_\_\_\_ \$ εβδομαδιαίως, ανά δεκαπενθήμερο, μηνιαίως, ετησίως.  
Λάμβανα άλλο εισόδημα από \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ \$ εβδομαδιαίως, ανά δεκαπενθήμερο, μηνιαίως, ετησίως.
- \_\_\_ ΣΤ. Βεβαιώνω ότι δεν έχω περιουσιακά στοιχεία.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Ζ. Δηλώνω ότι είμαι άνεργος τώρα και από \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. Μένω/Δεν μένω περιστασιακά σε τοπικό καταφύγιο αστέγων.  
Έχω/Δεν έχω ταυτότητα.  
Όνομα/Διεύθυνση καταφυγίου αστέγων: \_\_\_\_\_  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Η. Δηλώνω ότι δεν έχω υποβάλει επιστροφή φόρου εισοδήματος για το έτος \_\_\_\_\_ γιατί \_\_\_\_\_.
- \_\_\_ Θ. Βεβαιώνω ότι δεν έχω καμία ιατροφαρμακευτική κάλυψη:  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Ι. Διέμενα στο \_\_\_\_\_  
Μόνος/η μου / Με \_\_\_\_\_
- \_\_\_ ΙΑ. Είμαι κάτοικος της Πολιτείας του Νιού Τζέρσεϊ από \_\_\_\_\_. Δεν έχω διαμείνει σε άλλη πολιτεία ή χώρα και έχω κάθε πρόθεση να συνεχίσω να διαμένω στο Νιού Τζέρσεϊ.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ ΙΒ. Δεν είμαι κάτοικος της Πολιτείας του Νιού Τζέρσεϊ. Έκανα εισαγωγή στο νοσοκομείο υπό συνθήκες έκτακτης ανάγκης.  
Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ ΙΓ. Υποβάλω την παρούσα ένορκη βεβαίωση προκειμένου να αιτηθώ για Φιλανθρωπική Περίθαλψη.

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που έχω υποβάλει υπόκεινται σε επαλήθευση από το Σύστημα Υγείας Atlantic και τις Ομοσπονδιακές ή Πολιτειακές Κυβερνήσεις. Σκόπιμη παραποίηση αυτών των στοιχείων καταργεί το δικαίωμα του νοσοκομείου να λάβει αποζημίωση για τυχόν χρεώσεις που δεν καλύπτονται από άλλον ασφαλιστικό φορέα.

Εάν ζητηθεί από το Σύστημα Υγείας Atlantic, θα υποβάλω αίτηση για κυβερνητική ή άλλου είδους ιατρική βοήθεια για την πληρωμή του λογαριασμού του νοσοκομείου σε περίπτωση που πληρώ της προϋποθέσεις για λήψη βοήθειας.

Εξ όσων γνωρίζω, πιστοποιώ ότι οι πληροφορίες που αφορούν το εισόδημά μου, το μέγεθος της οικογένειάς μου και τα περιουσιακά μου στοιχεία είναι αληθείς και ακριβείς.

Ο/Η υπογεγραμμένος/η: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Μάρτυρας: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_