

Elenco di controllo di ammissibilità

Nome del paziente: _____

Cartella clinica n.: _____

Data della prestazione: ____/____/____

N. di conto: _____

Si consiglia caldamente di presentare richiesta una settimana prima di qualsiasi appuntamento, mostrando una prova dell'appuntamento e/o del professionista che l'ha inviata.

Per poter elaborare la sua richiesta, lo Stato del New Jersey richiede la presentazione dei seguenti documenti:

Si prega di leggere l'elenco di controllo e di raccogliere i documenti richiesti prima di presentare richiesta di assistenza

Fornire una prova d'identità di: _____

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patente | <input type="checkbox"/> Passaporto | <input type="checkbox"/> Carta d'identità del Paese di origine | <input type="checkbox"/> Tessera sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Certificato di nascita | <input type="checkbox"/> Tessera previdenza sociale | <input type="checkbox"/> Tesserino di riconoscimento del personale | <input type="checkbox"/> Certificato di morte |
| <input type="checkbox"/> Certificato di matrimonio | <input type="checkbox"/> Procura | <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Fornire una prova di residenza dal: _____

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bolletta utenze | <input type="checkbox"/> Dichiarazione di sostegno | <input type="checkbox"/> Patente del NJ | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Contratto di affitto/locazione | <input type="checkbox"/> Certificazione dell'indirizzo o dichiarazione del proprietario di casa (Fornita) | | |

Fornire una prova di reddito per il periodo dal: _____ al _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Buste paga immediatamente prima della data della prestazione | <input type="checkbox"/> Prova di mantenimento per i figli/alimenti |
| <input type="checkbox"/> Lettera dal datore di lavoro su carta intestata indicante il reddito lordo, frequenza, data di assunzione, assicurazione cure mediche/dentali e/o info sul piano 401K. | <input type="checkbox"/> Lettera/pano di sostegno finanziario _____ Semestre |
| <input type="checkbox"/> Talloncino di disoccupazione/ Lettera o modulo di attestazione di disabilità | <input type="checkbox"/> Lettera dettagliata dal/dai proprietario/i di casa |
| <input type="checkbox"/> Dichiarazione di sostegno (Fornito dal rappresentante) | <input type="checkbox"/> Lettera di ricevimento della pensione |
| <input type="checkbox"/> Prospetto profitti e perdite dal commercialista su sua carta intestata (deve essere firmato) | <input type="checkbox"/> Lettera della previdenza sociale Anno/i: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prova di sostegno economico | |

Fornire prova di TUTTE le sostanze dal: _____

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estratti conti | <input type="checkbox"/> Beni all'estero | <input type="checkbox"/> Prospetti piani 401K | <input type="checkbox"/> Azioni/Obbligazioni/certificati di deposito/fondi pensione individuali |
| <input type="checkbox"/> Valore monetario di polizze di assicurazione sulla vita | <input type="checkbox"/> Contanti | | |

Orari e indirizzo dell'ufficio di assistenza finanziaria

1 East New York Avenue
Somers Point, NJ 08244
(609) 653-3717 opzione 1
Orari: lun-ven 08:00 – 17:30
Si prega di chiamare per un appuntamento

Data del colloquio: ____/____/____

Intervistatore: _____

Addetto al follow up: _____

Numero di telefono: _____

Numero di Fax: _____

Programma di sostegno per il pagamento delle cure mediche del
New Jersey Hospital

RICHIESTA DI INCLUSIONE NEL PROGRAMMA

LA PROVA D'IDENTIFICAZIONE, LA PROVA DEL REDDITO, E LA PROVA DEI BENI POSSEDUTI DEVONO ESSERE ALLEGATI A QUESTA RICHIESTA. INVIARE COPIA DI TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI. NON INVIARE I DOCUMENTI ORIGINALI PERCHÉ NON SARANNO RESTITUITI.

SEZIONE I - Dati personali

1. NOME DEL PAZIENTE _____ (Cognome) _____ (Nome) _____ (Altro nome)		NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE _____ - _____ - _____
3. DATA DELLA RICHIESTA Mese / Giorno / Anno	4. DATA D'INIZIO DELLA PRESTAZIONE Mese / Giorno / Anno	5. DATA RICHIESTA DELLA PRESTAZIONE Mese / Giorno / Anno
6. INDIRIZZO DEL PAZIENTE (VIA)		7. NUMERO DI TELEFONO (____) _____ - _____
8. CITTA, STATO, CAP		9. NUMERO DI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE *
10. CITTADINANZA STATUNITENSE <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In attesa di concessione	11. PROVA DI ALMENO 3 MESI DI RESDENZA NELLO STATO DEL NJ <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
12. NOME DEL GARANTE (Se diverso dal paziente)		

SEZIONE II - Criteri applicati ai beni

13. Beni personali: _____
14. Beni di famiglia: _____
15. I beni includono:
- A. Contanti _____
 - B. Conti di risparmio _____
 - C. Conti correnti _____
 - D. Certificati di deposito (CD) / fondi pensione individuali (IRA) _____
 - E. Partecipazioni in proprietà immobiliari (diverse dalla propria residenza principale) _____
 - F. Altri beni (buoni del tesoro, titoli negoziabili, Azioni e obbligazioni aziendali) _____
 - G. Totale _____

* La dimensione del nucleo familiare include il richiedente, il coniuge e qualsiasi figlio minore. Una donna incinta viene considerata come due membri della famiglia.

RICHIESTA DI INCLUSIONE NEL PROGRAMMA (Continua)

SEZIONE III – Criteri applicati al reddito

Quando si deve stabilire l'ammissibilità a ricevere il sostegno per le cure mediche ospedaliere, per un adulto si utilizza la dichiarazione dei redditi e dei beni del coniuge; nel caso di un minore, si utilizza la dichiarazione dei redditi e dei beni di uno dei genitori. La prova del reddito deve essere allegata a questa richiesta.

Il reddito è basato sul calcolo di dodici mesi, oppure di tre mesi o di un mese di reddito prima della data della prestazione.

Il reddito lordo del paziente / famiglia è uguale al più basso dei seguenti importi:

Ultimi 12 mesi		Ultimi 3 mesi X4		Ultimo mese X12
	oppure		oppure	

16. FONTE DEL REDDITO

		Settimanale	Mensile	Annuale
A. Salario / stipendio al lordo delle detrazioni	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Assistenza pubblica	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Prestazioni di previdenza sociale	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Disoccupazione e indennizzi per i lavoratori	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Indennità per i veterani	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimenti / assegno di mantenimento per i figli	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Fondi propri	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pensione	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Assicurazione o pagamenti di annualità	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividendi / interessi	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Reddito da canoni di locazione	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Reddito netto da lavoro (lavoro autonomo/ verificato da una fonte indipendente)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Altro (indennità di sciopero, stipendi da formazione, assegnazione per famiglia di militari, reddito da beni immobili e trust)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Totale	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE IV – Certificazione del richiedente

Dichiaro di essere consapevole che le informazioni da me fornite saranno oggetto di verifica da parte delle strutture sanitarie competenti, nonché dalle autorità statali e federali. La rappresentazione intenzionalmente falsa di questi fatti potrà comportare l'addebito a mio carico di oneri ospedalieri e sanzioni civili.

Su eventuale richiesta delle strutture sanitarie, presenterò richiesta di assistenza medica privata o governativa per il pagamento dei costi ospedalieri.

Certifico che le informazioni sopra riportate riguardanti il mio nucleo familiare, il mio reddito e i miei beni sono veritiere e corrette.

Sono consapevole che è mia responsabilità informare l'ospedale su qualsiasi cambiamento in merito al mio reddito o ai miei beni.

17. Firma del paziente o del garante

18. Data

Attestazione primaria del paziente

Nome del paziente: _____ Numero di conto: _____

Data della prestazione: _____

Si prega di scrivere le iniziali

Io e/o il mio coniuge dichiariamo che attualmente io/noi non percepiamo alcun reddito e non lo abbiamo percepito dal _____ /
al _____ / _____ / _____

Io e/o il mio coniuge dichiariamo che io non possiedo alcun bene come indicato nella richiesta di cure caritatevoli.

Io e/o il mio coniuge dichiariamo che io non ho una casa e che ne sono sprovvisto dal _____ / _____ / _____

Dichiaro di non disporre di un'assicurazione per le cure mediche al momento del mio ricovero in ospedale.

Dichiaro che il mio nome è _____ . Non sono in grado di fornire una prova
d'identità perché: _____
(scrivere il motivo)

Io e/o il mio coniuge dichiariamo che io/noi abbiamo un reddito. Il nostro reddito lordo/in contanti ammonta a \$ _____ e veniamo
pagati su base _____ .
Frequenza _____

Io e/o il mio coniuge dichiariamo che io possiedo beni alla data della prestazione per un importo pari a \$ _____ .

Io e/o il mio coniuge dichiariamo che io sono residente nel New Jersey e che intendo mantenere la mia residenza nel New
Jersey.

Dichiaro di non aver presentato, e che non intendo presentare, alcuna rivendicazione contro alcuna parte terza alla quale
posso chiedere il pagamento, in toto o in parte, delle prestazioni mediche alle quali fa riferimento questa richiesta (compresi,
ma non in via limitativa, pretese per nessuna colpa, indennizzo per i lavoratori, proprietari di casa, indennizzi assicurativi per
automobilisti non assicurati o non adeguatamente assicurati e pretese per illeciti). Sono consapevole e accetto che, qualora
una di queste richieste venisse presentata, lo Shore Medical Center potrà ritirare l'autorizzazione a erogare le proprie cure
caritatevoli e pretendere da me il pagamento di tutte le spese. Inoltre accetto di informare lo Shore Medical Center qualora
una tale richiesta venisse presentata.

Firma del paziente

Nome in stampatello

Data

**AUTORIZZAZIONE PER IL
RILASCIO DELLE CARTELLE
CLINICHE, DELLE
INFORMAZIONI FINANZARIE E
DEMOGRAFICHE**

Nome: _____ **Data di nascita** _____

Indirizzo: _____

Previdenza sociale: _____

Il/la sottoscritto/a _____, con la presente autorizza il rilascio a ADREIMA / Shore Medical Center, di qualsiasi informazione relativa alla mia età, residenza, cittadinanza, impiego, reddito, beni e/o estratti conto bancari.

Sono consapevole che le informazioni ottenute saranno utilizzate solo per i fini direttamente collegati all'ammissibilità ai Programmi di previdenza sociale e Medicaid

Questa autorizzazione è rilasciata volontariamente, con piena comprensione da parte mia.

Firma: _____ **Data** _____

Le informazioni contenute in questo modulo sono informazioni privilegiate e riservate che devono essere usate esclusivamente dall'individuo o dall'entità sopraccitata. Se il lettore di questo messaggio non è il destinatario, gli è fatto espresso divieto di diffondere, distribuire o copiare questa comunicazione. Il caso di ricezione di questa comunicazione per errore, siete pregati d'informarci immediatamente per telefono e di restituirci il messaggio originale all'indirizzo riportato sopra mediante il servizio postale nazionale (U.S. Postal Service).

Grazie.

Riconoscimento/Dichiarazione di assistenza:

Nome del paziente: _____

Numero di conto: _____

Data della prestazione: _____

Mi chiamo _____. Certifico che sto fornendo il seguente tipo di supporto e assistenza alla persona sopraccitata. Confermo che la persona in oggetto è il paziente citato sopra.

Non sono responsabile, né sono in grado di pagare le sue spese mediche od ospedaliere.

Dal: ____/____/____ **al:** ____/____/____

Vitto: Si No

Alloggio:

Contanti:

\$ _____

Importo

Frequenza

Attualmente risiedo al seguente indirizzo:

A chi di competenza:

Firma del proprietario di casa/sostenitore

Telefono

Nome in stampatello

Data

Firma del paziente

Data