

قائمة الامتثال الخاصة بطلب التقدم لبرنامج المساعدات فيما يتعلق بالرعاية في مستشفيات نيوجيرسي

التعريف

- المريض والزوج القانوني
- (a) إحدى الوثائق التالية: رخصة قيادة، رخصة مركبة، بطاقة ضمان اجتماعي، بطاقة المغتربين المقيمين، بطاقة تسجيل الناخبين، Medicare، بطاقة تعريف هوية الموظف؛ شهادة الميلاد، جواز السفر. أيضًا وثيقة الزواج (إذا كانت الزوجة لا تحمل اسم عائلتك)
- القصر في الأسرة (الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 22 عامًا أو أقل إذا كانوا طلابًا بدوام كامل)
- (b) إحدى الوثائق التالية لكل قاصر: بطاقة تعريف هوية الطالب، رخصة مركبة، بطاقة ضمان اجتماعي، بطاقة المغتربين المقيمين؛ شهادة الميلاد أو جواز السفر
- الداعم
- (c) أي من النماذج المذكورة أعلاه في أ

الإقامة

- المريض والزوج القانوني
- (a) رخصة قيادة صالحة للمريض تابعة لنيوجيرسي (تحتوي على العنوان الحالي)، عقد إيجار شقة، فاتورة هاتف (تحتوي على العنوان)، فاتورة كابل أو خدمة (الشركة العامة لخدمات الكهرباء والغاز) (PSE&G) للشهر الحالي أو السابق الذي تم أداء الخدمة فيه أو وثيقة مطبوعة من قبل PSE&G (أو / أو / )، سند ملكية
- (b) خطاب أو توقيع من مالك العقار أو الشخص الذي تعيش معه (يجب أن يتضمن: التاريخ ومدة مكوثك هناك وعنوانك، موقعًا منه/منها مع ذكر رقم الهاتف)
- الداعم
- (c) خطاب أو توقيع من الشخص الذي يساعدك (يجب أن يتضمن أيًا من الأشياء المذكورة في أ)

الدخل

- المريض والزوج القانوني
- نسخ من آخر أربعة (4) إيصالات أجور من \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ أو إيصالي (2) أجور لـ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ و \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ إذا كنت تتلقى أجرك كل أسبوعين
- خطاب معنون من الشركة يشير إلى مدة عملك هناك وإجمالي دخلك الأسبوعي. (يجب أن يكون موقعًا، ومعنونًا ومؤرخًا على الأقل قبل الحضور للتقدم بالطلب بأربعة (4) أيام (انظر العينة المرفقة)
- نسخ من الإيصاليين (2) الأخيرين لإعانة البطالة/الإعاقاة من \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ أو وثيقة تقرير لـ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- خطاب مكافأة الضمان الاجتماعي و/أو إيصال المعاش من \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- في حالة العمل الحر، بيان ربح وخسارة من أحد المحاسبين عن الأشهر الثلاثة (3) الماضية من \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (انظر العينة المرفقة)
- خطاب موثق من محاسب حكومي (انظر العينة المرفقة)
- وثنائى ضريبة الدخل الخاصة بـ \_\_\_\_ (إذا كان تاريخ الخدمة بين 12/01 و 1/31)، يجب أن تكون موقعة من الشخص المُعد للإقرار الضريبي و/أو منك أنت و/أو من زوجك بشكل قانوني
- مصادر أخرى للدخل مثل: خطاب أو وثيقة إعالة الطفل، باقة رعاية اجتماعية G/H، مدفوعات تأمين سنوية، النفقة، إلخ ...

الأصول

- المريض والزوج القانوني
- نسخة من الحساب الجاري/حساب الادخار أو دفتر ملاحظات البنك للأشهر \_\_\_\_/\_\_\_\_ و \_\_\_\_/\_\_\_\_
- خطاب معنون من البنك يقر الرصيد للحساب الخاص بتاريخ الخدمة \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- وثيقة مطبوعة ومختومة للخمس عشر (15) يومًا الماضين
- (يجب أن يكون الخطاب أو التقرير مؤرخًا قبل الحضور للتقدم بطلب التقدم بثلاثة (3) أيام على الأقل)
- نسخ من بيانات خطط 401 K، الأرباح، الأسهم، صندوق التقاعد الشخصي (IRA)، شهادات الإيداع، إلخ، إلخ... لـ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

يُرجى الحصول على الوثائق المذكورة أعلاه والتقدم لبرنامج المساعدات فيما يتعلق بالرعاية في مستشفيات نيوجيرسي في قسمنا الموجود في:

(MATTHEW GEORGE & NAOMI PANTOJA)  
185 ROSEBERRY STREET  
PHILLIPSBURG, NJ 08865

الإثنين - الجمعة، من 8:00 صباحًا إلى 04:00 عصرًا  
رقم الهاتف (908) 847-6828

رقم الفاكس (908) 847-6039 (اللغة الإنجليزية و/أو الإسبانية)

ملحوظة: يُرجى إحضار الوثائق التي أعيدت إليك والحضور إلى الردهة الرئيسية واتباع التعليمات. شكرًا.

**إقرار كتابي بالحقائق مشفوع بقسم**

رقم الحساب \_\_\_\_\_ رقم السجل الطبي \_\_\_\_\_

المريض: \_\_\_\_\_ تاريخ الخدمة: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

الضامن: \_\_\_\_\_ الصلة بالمريض: \_\_\_\_\_

**1. لقد أقيمت في العنوان التالي:**

العنوان \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ المدينة \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

بالإضافة إلى ذلك، أنا أنوي مند: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ هل أنت مواطن؟  نعم  لا  
أن أظل مقيمًا بنيوجيرسي.

**2. في وقت تلقي الخدمة، كنت:**

اسم الشركة: \_\_\_\_\_

- عاطلاً عن العمل قيمة تقاضي/الحصول على مستحقات العمل بنصف دوام: \_\_\_\_\_ دولار  أسبوعياً  كل أسبوعين  شهرياً
- أحصل على مخصصات تتضمن قيمة الدخل الآخر الذي تم تلقيه من قبلي/الزوج/الزوجة: \_\_\_\_\_ دولار  أسبوعياً  كل أسبوعين  شهرياً
- مُتقاعدًا
- موظفًا مصدر الدخل الإضافي: \_\_\_\_\_
- لم يكن لدي أي دخل في وقت تلقي الخدمة. كانت تتم إعطائي من قبل: \_\_\_\_\_

الصلة: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_

3. أنا:  أعزب  متزوج  مطلق  أرمل  منفصل

لدي \_\_\_\_\_ طفل (أطفال) قاصرون يعيشون معي \_\_\_\_\_.

4.  لم يكن لدي/لدينا تأمين في وقت تلقي الخدمة.  لم يكن لدي/لدينا تغطية تأمين أو كان لدي/لدينا تغطية محدودة فقط من خلال:

اسم شركة التأمين \_\_\_\_\_

المشترك \_\_\_\_\_ رقم البوليصا \_\_\_\_\_

5. في أول تاريخ لتلقي الخدمة، كان لدي/لدينا أصول سائلة بقيمة: \_\_\_\_\_ دولار

البنك: \_\_\_\_\_

في وقت تلقي الخدمة، لم يكن لدي/لدينا أصول سائلة على الإطلاق.

أدرك أن هذه المساعدات New Jersey Hospital أنا أدلي بهذا الإقرار الكتابي المشفوع بقسم للتقدم للحصول على برنامج مساعدات الرعاية التابع لـ متاحة فقط للرعاية الضرورية طبياً المقدمة في المستشفيات وأن التكاليف التي يتم تحملها فيما يخص خدمات الطبيب وخدمات طب التخدير وتفسير أخصائي الأشعة وعلاج المرضى الخارجيين والوصفات الطبية للمرضى الخارجيين منفصلة عن رسوم المستشفى وقد لا تكون مؤهلة لتخفيض القيمة.

بتوقيع الإقرار الكتابي المشفوع بقسم هذا، أقر بكوني حقا الشخص المذكور اسمه. وأدرك أنه، إذا كانت أي من البيانات المذكورة أعلاه غير صحيحة، فإنني معرض للعقوبة.

التاريخ

التوقيع

برنامج مساعدات الرعاية التابع لـ New Jersey Hospital  
طلب التقدم للمشاركة

القسم I - المعلومات الشخصية	
1. اسم المريض (الاسم الأخير) (الاسم الأول) (الحرف الأول من الاسم الأوسط)	2. رقم الضمان الاجتماعي
3. تاريخ طلب التقدم العام / اليوم / الشهر	4. تاريخ بدء الخدمة العام / اليوم / الشهر
5. تاريخ طلب الحصول على الخدمة العام / اليوم / الشهر	7. رقم الهاتف ( )
6. عنوان شارع المريض	8. المدينة، الولاية، الرمز البريدي
9. حجم الأسرة	10. هل تحمل المواطنة الأمريكية نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
11. إثبات الإقامة لمدة 3 أشهر بنيو جيرسي نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	12. اسم الضامن (إذا كان شخصاً آخر غير المريض) الطلب قيد الانتظار <input type="checkbox"/>
13. هل المريض (الزوج/الزوجة، ولي الأمر، غير ذلك) مغطى من خلال التأمين نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	اسم الشركة العنوان

أفراد الأسرة المؤهلون، بما في ذلك مقدم الطلب

الاسم	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي	الوظيفة	الراتب الشهري

القسم II - معايير الأصول

14. الأصول الشخصية:	
15. أصول الأسرة:	
16. تتضمن الأصول:	
أ. الأموال النقدية	
ب. حسابات الادخار	
ج. الحسابات الجارية	
د. شهادات الإيداع/صندوق التقاعد الشخصي (I.R.A)	
هـ. الملكية العقارية (بخلاف المسكن الأساسي).	
و. الأصول الأخرى (أدوات خزنة، سندات قابلة للتداول، أسهم وسندات في شركات).	
ز. المجموع	

\*يُتضمن حجم الأسرة النفس والزوج/الزوجة وأي أطفال قاصرين. تُحسب المرأة الحامل بمثابة فردين من الأسرة

طلب التقدم للمشاركة

## طلب التقدم للمشاركة (تكملة)

### القسم III - معايير الدخل

عند تحديد الأهلية لمساعدات الرعاية في المستشفيات، يجب استخدام دخل وأصول الزوج/الزوجة لشخص بالغ؛ ويجب استخدام دخل وأصول أولياء الأمر لطفل قاصر. **يجب إرفاق إثبات الدخل مع طلب التقدم هذا.**

يستند الدخل إلى حساب اثني عشر شهرًا أو ثلاثة أشهر أو شهر واحد من الدخل قبل تاريخ تلقي الخدمة.

يعادل إجمالي دخل المريض/الأسرة القيمة الأقل من بين ما يلي:

آخر شهر 12 X	أو	آخر 3 أشهر X 4	أو	آخر 12 شهرًا

### 17. مصادر الدخل

سنويًا	شهريًا	أسبوعيًا	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ. الرواتب/الأجور قبل المبالغ المقتطعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب. الدعم الحكومي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج. مخصصات الضمان الاجتماعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د. تعويض البطالة وتعويض العمال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ. مخصصات المحاربين القدامى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و. النفقة/عالة الطفل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ز. الإعالة النقدية الأخرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ح. مدفوعات المعاش
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ط. مدفوعات التأمين أو المدفوعات السنوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ي. الأرباح/الفوائد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ك. الدخل من الإيجار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ل. الدخل الصافي من الأعمال التجارية (ذو عمل حر/معتد من مصدر مستقل)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	م. غير ذلك (مخصصات دعم الإضراب ورواتب التدريب والمخصصات العسكرية للأسرة والدخل من الممتلكات والأمانات)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ن. المجموع

### القسم IV - شهادة مقدم الطلب

أدرك أن المعلومات التي أقدمها تخضع للتصديق من قِبل منشأة الرعاية الصحية الملائمة والحكومة الفيدرالية أو حكومة الولاية. التزيف المتعمد لتلك الحقائق سيجعلني مسؤولًا عن جميع رسوم المستشفى ومعرضًا لعقوبات مدنية.

إذا طلبت منشأة الرعاية الصحية ذلك، فسأتقدم للحصول على المساعدات الحكومية أو المساعدات الطبية الخاصة لتسديد فاتورة المستشفى.

أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه فيما يتعلق بحجم الأسرة والدخل والأصول هي صحيحة وحقيقية.

وأدرك أنه يقع على عاتقي مسؤولية إخطار المستشفى بأي تغيير في الحالة فيما يتعلق بالدخل الخاص بي.

19. التاريخ

18. توقيع المريض أو الضامن

الشهادة للمريض/الزوج/الضامن

1. أشهد أنني ليس لدي دخل ولم يكن لدي دخل من: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- |                           |               |   |                                    |
|---------------------------|---------------|---|------------------------------------|
| ____/____/____<br>التاريخ | ____<br>الصلة | X | ____<br>توقيع المريض/الطرف المسؤول |
| ____/____/____<br>التاريخ | ____<br>الصلة | X | ____<br>توقيع الزوج/الطرف المسؤول  |
2. أشهد أنه ليس لدي أصول، كما هو مدرج في طلب التقدم للمساعدات فيما يتعلق بالرعاية بمستشفيات نيوجيرسي من خلالي أو من خلال أي طرف آخر.
- |                           |               |   |                                    |
|---------------------------|---------------|---|------------------------------------|
| ____/____/____<br>التاريخ | ____<br>الصلة | X | ____<br>توقيع المريض/الطرف المسؤول |
| ____/____/____<br>التاريخ | ____<br>الصلة | X | ____<br>توقيع الزوج/الطرف المسؤول  |
3. أشهد أنني منفصل ولم أعش مع زوجي/زوجتي منذ \_\_\_\_\_، وأنا لا نشارك في ملكية أي عقارات، ولم نرفع تقريراً ضريبياً معاً منذ \_\_\_\_\_، ولم نتلق أية إعالة طفل أو أي دعم مالي من أي نوع.
- |                           |               |   |                                    |
|---------------------------|---------------|---|------------------------------------|
| ____/____/____<br>التاريخ | ____<br>الصلة | X | ____<br>توقيع المريض/الطرف المسؤول |
|---------------------------|---------------|---|------------------------------------|
4. أشهد أنني ليس لدي تغطية طبية من خلالي أو من خلال أي طرف آخر لتغطية الفاتورة غير المسددة.
- |                           |               |   |                                    |
|---------------------------|---------------|---|------------------------------------|
| ____/____/____<br>التاريخ | ____<br>الصلة | X | ____<br>توقيع المريض/الطرف المسؤول |
| ____/____/____<br>التاريخ | ____<br>الصلة | X | ____<br>توقيع الزوج/الطرف المسؤول  |
5. أقر بأن كل المعلومات المدرجة في ورقة العمل هذه صحيحة على حد علمي.
- |                           |               |   |                                    |
|---------------------------|---------------|---|------------------------------------|
| ____/____/____<br>التاريخ | ____<br>الصلة | X | ____<br>توقيع المريض/الطرف المسؤول |
| ____/____/____<br>التاريخ | ____<br>الصلة | X | ____<br>توقيع الزوج/الطرف المسؤول  |

إفادة بالوقائع  
طلب التقدم للحصول على المساعدات فيما يتعلق بالرعاية في مستشفيات نيوجيرسي

اسم المريض

رقم الحساب

التاريخ

إلى من يهمله الأمر

التاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

توقيع المريض: X \_\_\_\_\_

اسم المريض (بأحرف واضحة): \_\_\_\_\_

توقيع الزوج/الداعم/آخر: \_\_\_\_\_

اسم الزوج/الداعم/آخر (بأحرف واضحة): \_\_\_\_\_