



St Lukes Warren Campus  
185 Roseberry Street  
Phillipsburg, NJ 08865  
(908) 847-6828  
(908) 859-6844

---

**ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВКИ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ШТАТА НЬЮ-ДЖЕРСИ**

**ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ**

- **ПАЦИЕНТ И ЕГО СУПРУГ(А)**
  - a) **Один из следующих документов:** водительское удостоверение, документ на автотранспортное средство, карта социального страхования, документ постоянно проживающего в стране иностранца, регистрационная карта избирателя, карта Medicare, идентификационный документ сотрудника, свидетельство о рождении, паспорт. Также необходимо предоставить свидетельство о браке (если фамилия супруги отличается от вашей).
- **НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ (до 22 лет для студентов, обучающихся в режиме полной нагрузки)**
  - b) **Один из следующих документов для каждого несовершеннолетнего:** студенческий билет, документ на автотранспортное средство, карта социального страхования, документ постоянно проживающего в стране иностранца, свидетельство о рождении, паспорт.
- **ЛИЦО, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ПОДДЕРЖКУ**
  - c) Любой из документов, перечисленных выше в п. А.

**МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА**

- **ПАЦИЕНТ И ЕГО СУПРУГ(А)**
  - a) Действующее водительское удостоверение пациента в штате Нью-Джерси (с текущим адресом), договор об аренде жилья, счет за телефонные услуги (с текущим адресом), счет за кабельное телевидение и коммунальные услуги (PSE&G) за **текущий** или **предыдущий** месяц либо распечатка от PSE&G с печатью (\_\_\_\_.\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_.\_\_\_\_), акт передачи собственности.
  - b) Письмо или подпись домовладельца либо лица, у которого вы проживаете (с указанием следующих данных: дата, срок вашего проживания в указанном месте и адрес, подпись соответствующего лица и номер телефона).
- **ЛИЦО, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ПОДДЕРЖКУ**
  - c) Письмо или подпись лица, которое оказывает вам поддержку (с указанием данных из п. А).

**ДОХОДЫ**

- **ПАЦИЕНТ И ЕГО СУПРУГ(А)**
  - Копии последних четырех (4) платежных квитанций за период с \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ или двух (2) платежных квитанций за \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_, если вы получаете заработную плату каждые две недели.
  - Письмо на бланке компании с указанием стажа вашей работы в ней и вашего валового недельного дохода. (Должна быть проставлена подпись, указана должность соответствующего лица, а также дата не менее чем за четыре (4) дня до даты подачи заявки.) (См. прилагаемый образец.)
  - Копии двух (2) последних квитанций о выплате пособия по безработице или инвалидности за период с \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ или распечатанный отчет за \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.
  - Письмо о назначении социального обеспечения и (или) квитанция о выплате пенсии за период с \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.
  - В случае самозанятости: ведомость о доходах и убытках из бухгалтерии за последние три (3) месяца за период с \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_. (См. прилагаемый образец.)
  - Заверенное нотариусом письмо от общественного бухгалтера. (См. прилагаемый образец.)
  - Документы о выплате подоходного налога за \_\_\_\_\_ (если дата оказания услуг приходится на период с **01.12** по **31.01**), подписанные налоговым консультантом заявителя, вами и (или) вашим (вашей) супругом (супругой).
  - Другие источники дохода: письмо о назначении пособия на ребенка (или распечатка), социальный пакет, рентный доход, алименты и т. д.

## **АКТИВЫ**

- **ПАЦИЕНТ И ЕГО СУПРУГ(А)**

- Копия выписки с текущего либо сберегательного счета или сберегательная книжка за месяцы \_\_\_\_ . \_\_\_\_ и \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .
- Документ на бланке банка с указанием остатка по счету на дату оказания услуг ( \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ ).
- Распечатка отчета с печатью за последние пятнадцать (15) дней.  
(Дата на письме или отчете должна предшествовать дате подачи заявления не менее чем на три (3) дня.)
- Копии ведомостей по планам 401 К, дивидендам, акциям, индивидуальному пенсионному счету, депозитным сертификатам и т. д. за \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

**ПОЛУЧИТЕ УКАЗАННЫЕ ВЫШЕ ДОКУМЕНТЫ И ПРИЛОЖИТЕ ИХ К ЗАЯВЛЕНИЮ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ШТАТА НЬЮ-ДЖЕРСИ.**

**НАШЕ ОТДЕЛЕНИЕ РАСПОЛОЖЕНО ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ:**

**(MATTHEW GEORGE & NAOMI PANTOJA)**

**185 ROSEBERRY STREET**

**PHILLIPSBURG, NJ 08865**

**График работы: с понедельника по пятницу, 8:00–16:00**

**Телефон: (908) 847-6828**

**Факс: (908) 847-6039 (английский и (или) испанский языки)**

**P.S. ПРИНЕСИТЕ ДОКУМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ВЫ ПОЛУЧИЛИ, ЗАРЕГИСТРИРУЙТЕСЬ В ПРИЕМНОЙ И СЛЕДУЙТЕ УКАЗАНИЯМ. СПАСИБО.**

ОФИЦИАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ФАКТОВ Счет № \_\_\_\_\_ Мед. карта № \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_ Дата оказания услуг: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Поручитель: \_\_\_\_\_ Характер отношений с пациентом: \_\_\_\_\_

1. Мое текущее место жительства: \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Дата, с которой я проживаю на этом месте: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .  
Кроме того, я планирую и далее проживать в Нью-Джерси. **ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ГРАЖДАНИНОМ США?**  
ДА  НЕТ

2. Мой статус на момент оказания услуг: \_\_\_\_\_ Название компании: \_\_\_\_\_

- Безработный** Заработок/пособие от неполной занятости, доллары США: \_\_\_\_\_  В неделю  За 2 недели  В месяц
- В процессе получения средств Другой доход, полученный мною или моей супругой (моим супругом), доллары США: \_\_\_\_\_  В неделю  За 2 недели  В месяц
- На пенсии**
- Работаю** Источник дополнительного дохода: \_\_\_\_\_
- На момент оказания услуг у меня не было дохода.

Лица, которые оказывали мне поддержку: \_\_\_\_\_

Характер отношений: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

3. Мой семейный статус:  Холост/не замужем  В браке  В разводе  Вдовец/вдова  Живу с супругом или супругой раздельно

Количество несовершеннолетних детей, которые со мной проживают: \_\_\_\_\_

4.  У меня (у нас) не было страховки на момент оказания услуг.  У меня (у нас) не было страхового покрытия либо было ограниченное страховое покрытие в следующей компании:

Название страховой компании: \_\_\_\_\_

Номер полиса: \_\_\_\_\_ Страхователь: \_\_\_\_\_

5. Суммарная стоимость моих (наших) ликвидных активов на дату первого оказания услуг, доллары США: \_\_\_\_\_

Банк: \_\_\_\_\_

На момент оказания услуг у меня (у нас) не было никаких ликвидных активов.

Я делаю это заявление для подачи заявки на участие в программе финансовой помощи в получении медицинского обслуживания штата Нью-Джерси. Я понимаю, что эта помощь предоставляется только в отношении необходимого по медицинским показаниям больничного ухода, а расходы на оплату услуг терапевтов, анестезиологов, рентгенологов, амбулаторного лечения и необходимых для него препаратов не входят в расходы на услуги больницы и могут не подлежать уменьшению или компенсации.

Подписывая этот документ, я подтверждаю достоверность указанных обо мне данных. Я понимаю, что в случае недостоверности приведенной выше информации я могу подвергнуться наказанию.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Программа финансовой помощи в получении медицинского обслуживания штата Нью-Джерси

**ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ**

| РАЗДЕЛ I. Личная информация   |  |
|---|--|
| 1. Ф. И. О. ПАЦИЕНТА<br>_____ (фамилия) _____ (имя) _____ (второе имя)  |  |
| 2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  |  |
| 3. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВКИ<br>____/____/____<br>Месяц / День / Год   | 4. ДАТА НАЧАЛА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ<br>____/____/____<br>Месяц / День / Год  |
| 5. ЗАПРАШИВАЕМАЯ ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ<br>____/____/____<br>Месяц / День / Год  |  |
| 6. АДРЕС ПАЦИЕНТА   |  |
| 7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА<br>( )  |  |
| 8. ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС   |  |
| 9. РАЗМЕР СЕМЬИ   |  |
| 10. ГРАЖДАНСТВО США<br><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> ЗАЯВКА НА РАССМОТРЕНИЕ | 11. ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ПРОЖИВАНИЯ В ШТАТЕ НЬЮ-ДЖЕРСИ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ<br><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ   |
| 12. Ф. И. О. ПОРУЧИТЕЛЯ (если отличается от пациента)   | 13. НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА (СУПРУГА ИЛИ СУПРУГИ, РОДИТЕЛЕЙ, ДРУГОГО ЛИЦА) СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ<br>НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ _____<br>АДРЕС _____ |

**Члены семьи, имеющие право на помощь, включая заявителя**

| Ф. И. О. | Дата рождения | Номер соц. страхования | Род занятий | Месячный оклад |
|----------|---------------|------------------------|-------------|----------------|
| _____    | _____         | _____                  | _____       | _____          |
| _____    | _____         | _____                  | _____       | _____          |
| _____    | _____         | _____                  | _____       | _____          |
| _____    | _____         | _____                  | _____       | _____          |
| _____    | _____         | _____                  | _____       | _____          |
| _____    | _____         | _____                  | _____       | _____          |
| _____    | _____         | _____                  | _____       | _____          |

**РАЗДЕЛ II. Критерии в отношении активов**

14. Личные активы: \_\_\_\_\_

15. Семейные активы: \_\_\_\_\_

16. Состав активов:

- А. Наличные средства \_\_\_\_\_
- Б. Сберегательные счета \_\_\_\_\_
- В. Текущие счета \_\_\_\_\_
- Г. Депозитные сертификаты/индивидуальные пенсионные счета \_\_\_\_\_
- Д. Доля в недвижимом имуществе (кроме основного места жительства) \_\_\_\_\_
- Е. Другие активы (казначейские векселя, краткосрочные денежные обязательства, акции и облигации компаний) \_\_\_\_\_
- Ж. Итого \_\_\_\_\_

\* При определении размера семьи учитываются заявитель, супруга или супруг, а также все несовершеннолетние дети. Беременная женщина учитывается за двух членов семьи.

# ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ (продолжение)

## РАЗДЕЛ III. Критерии(в)отношении)дохода

При определении права на получение помощи на больничное обслуживание для совершеннолетнего лица учитываются доход и активы супруга или супруги, а для несовершеннолетнего — доход и активы родителей. К этой заявке должны прилагаться документы, подтверждающие доход.

Доход рассчитывается на основе периода в двенадцать месяцев, три месяца или один месяц до даты получения услуг.

Совокупный доход пациента или семьи определяется как меньшая из следующих сумм:

|                               |     |   |     |   |
|-------------------------------|-----|---|-----|---|
| ДОХОД ЗА ПОСЛЕДНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ | ИЛИ | ДОХОД ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА,<br>УМНОЖЕННЫЙ НА 4 | ИЛИ | ДОХОД ЗА ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ,<br>УМНОЖЕННЫЙ НА 12 |
|                               |     |   |     |   |

## 17. ИСТОЧНИКИ ДОХОДА

|   | ЕЖЕНЕДЕЛЬНО              | ЕЖЕМЕСЯЧНО               | ЕЖЕГОДНО                 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| А. Оклад/почасовая ставка до вычета налогов _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Б. Государственная помощь _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| В. Льготы в рамках программ социального страхования _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Г. Выплаты по безработице и потере трудоспособности _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Д. Выплаты ветеранам _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Е. Алименты и выплаты в счет поддержки детей _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ж. Другая помощь денежного характера _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| З. Пенсионные выплаты _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| И. Страховые или другие регулярные выплаты _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| К. Дивиденды и проценты на капитал _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Л. Рентный доход _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| М. Чистый доход от бизнеса (самозанятость/<br>подтверждение из независимого источника) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Н. Другое (пособие бастующему, стипендия, выплаты<br>членам семьи военнослужащего, доход от недвижимости<br>и имущества в доверительном управлении) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| О. Итого _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## РАЗДЕЛ IV. Подтверждение(данных)заявителя

Я понимаю, что представленная мною информация будет проверена соответствующим медицинским учреждением и органами федеральной власти или власти штата. В случае намеренного искажения этих фактов мне будет выставлен счет на полную стоимость всех полученных услуг больничного ухода и я буду подлежать гражданско-административным санкциям.

По требованию медицинского учреждения я обязуюсь подать заявку на получение помощи из государственных или частных источников для оплаты счета за услуги больничного ухода.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация о размере семьи, доходе и активах является достоверной и точной.

Я обязуюсь сообщать медицинскому учреждению обо всех изменениях в отношении моих доходов.

18. ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА ИЛИ ПОРУЧИТЕЛЯ

19. ДАТА

## ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА, СУПРУГИ (СУПРУГА) ЛИБО ПОРУЧИТЕЛЯ

1. Я подтверждаю, что у меня нет и не было дохода за период с \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ по \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .
- |   |                    |                |
|---|--------------------|----------------|
| X _____   | _____              | ____/____/____ |
| Подпись пациента или ответственного лица          | Характер отношений | Дата           |
| X _____   | _____              | ____/____/____ |
| Подпись супруга (супруги) или ответственного лица | Характер отношений | Дата           |
2. Я подтверждаю, что согласно моему заявлению на участие в программе финансовой помощи в получении медицинского обслуживания штата Нью-Джерси не имею активов (ни лично, ни через других лиц).
- |   |                    |                |
|---|--------------------|----------------|
| X _____   | _____              | ____/____/____ |
| Подпись пациента или ответственного лица          | Характер отношений | Дата           |
| X _____   | _____              | ____/____/____ |
| Подпись супруга (супруги) или ответственного лица | Характер отношений | Дата           |
3. Я подтверждаю, что не живу со своей супругой (своим супругом) с \_\_\_\_\_, у нас нет недвижимости в совместной собственности, мы не подавали совместных налоговых деклараций с \_\_\_\_\_, а также я не получаю никаких пособий на детей или другой финансовой помощи какого-либо рода.
- |  |                    |                |
|--|--------------------|----------------|
| X _____                                  | _____              | ____/____/____ |
| Подпись пациента или ответственного лица | Характер отношений | Дата           |
4. Я подтверждаю, что не имею страховой защиты (ни лично, ни через других лиц) на оплату медицинских услуг в соответствии с выставленным счетом.
- |   |                    |                |
|---|--------------------|----------------|
| X _____   | _____              | ____/____/____ |
| Подпись пациента или ответственного лица          | Характер отношений | Дата           |
| X _____   | _____              | ____/____/____ |
| Подпись супруга (супруги) или ответственного лица | Характер отношений | Дата           |
5. Я подтверждаю, что информация, приведенная в этом документе, соответствует действительности, насколько мне известно.
- |   |                    |                |
|---|--------------------|----------------|
| X _____   | _____              | ____/____/____ |
| Подпись пациента или ответственного лица          | Характер отношений | Дата           |
| X _____   | _____              | ____/____/____ |
| Подпись супруга (супруги) или ответственного лица | Характер отношений | Дата           |

\_\_\_\_\_  
Ф. И. О. лица, проводящего собеседование



St Lukes Warren Campus  
185 Roseberry St.  
Phillipsburg, N.J. 08865  
(908) 847-6828

---

**ОФИЦИАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ФАКТОВ  
ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ В  
ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ШТАТА НЬЮ-ДЖЕРСИ**

\_\_\_\_\_  
Ф. И. О. пациента

\_\_\_\_\_  
Номер счета

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Вниманию заинтересованных лиц:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись пациента: X \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ф. И. О. прописью пациента: \_\_\_\_\_

Подпись супруга (супруги), лица, оказывающего поддержку, либо другого лица:

\_\_\_\_\_

Ф. И. О. прописью супруга (супруги), лица, оказывающего поддержку, либо другого лица:

\_\_\_\_\_