



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 _____ (фамилия) _____ (имя) _____ (второе имя)		2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	
3. ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВКИ ____/____/____ Месяц / День / Год	4. ДАТА НАЧАЛА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ____/____/____ Месяц / День / Год	5. ЗАПРАШИВАЕМАЯ ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ____/____/____ Месяц / День / Год	
6. АДРЕС ПАЦИЕНТА		7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА ()	
8. ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		9. РАЗМЕР СЕМЬИ	
10. ГРАЖДАНСТВО США <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 <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 НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ _____ 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, УМНОЖЕННЫЙ НА 4	ИЛИ	ДОХОД ЗА ПОСЛЕДНИЙ МЕСЯЦ, 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/ подтверждение из независимого источника) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Н. Другое (пособие бастующему, стипендия, выплаты членам семьи военнослужащего, доход от недвижимости 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:
