



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 ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ ЗАЯВКА НА РАССМОТРЕНИЕ		11. ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ПРОЖИВАНИЯ В ШТАТЕ НЬЮ-ДЖЕРСИ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ ☐ ДА ☐ НЕТ
12. Ф. И. О. ПОРУЧИТЕЛЯ (если отличается от пациента) _____		13. НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА (СУПРУГА ИЛИ СУПРУГИ, РОДИТЕЛЕЙ, ДРУГОГО ЛИЦА) СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ ☐ ДА ☐ 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

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	☐	☐	☐
Б. Государственная помощь	☐	☐	☐
В. Льготы в рамках программ социального страхования	☐	☐	☐
Г. Выплаты по безработице и потере трудоспособности	☐	☐	☐
Д. Выплаты ветеранам	☐	☐	☐
Е. Алименты и выплаты в счет поддержки детей	☐	☐	☐
Ж. Другая помощь денежного характера	☐	☐	☐
З. Пенсионные выплаты	☐	☐	☐
И. Страховые или другие регулярные выплаты	☐	☐	☐
К. Дивиденды и проценты на капитал	☐	☐	☐
Л. Рентный доход	☐	☐	☐
М. Чистый доход от бизнеса (самозанятость/ подтверждение из независимого источника)	☐	☐	☐
Н. Другое (пособие бастующему, стипендия, выплаты членам семьи военнослужащего, доход от недвижимости и имущества в доверительном управлении)	☐	☐	☐
О. Итого	☐	☐	☐

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:
