

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

ταυτότητας, κατοικίας, τις πιο πρόσφατες ομοσπονδιακές φορολογικές δηλώσεις, το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία πρέπει να συνοδεύουν τη
Παρακαλούμε να στείλετε αντίγραφα όλων των απαιτούμενων εγγράφων. Μην στέλνετε πρωτότυπα έγγραφα, καθώς δεν θα επιστραφούν.
Για βοήθεια, υποστήριξη ή ερωτήσεις, καλέστε το Τμήμα Οικονομικής Βοήθειας Ασθενών στο 908-281-1522

I. Προσωπικές πληροφορίες

HOSPITAL ACCT #

Όνομα ασθενούς (επίθετο, όνομα, αρχικά μεσαίου)	Οικογενειακή κατάσταση	Αριθμός Κοινωνικής ασφάλισης #
(ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΚΑΙ ΟΔΟΣ)	ΙΔΙΟΚΤΗΤΟ _____	ΕΝΟΙΚΙΑΖΟΜΕΝΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ _____
(ΠΟΛΗ, ΠΟΛΙΤΕΙΑ, Τ.Κ.)		(ΚΟΜΗΤΕΙΑ) _____
ΤΗΛ ΟΙΚΙΑΣ _____	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΗΜΕΡΑΣ _____	
Όνομα του ατόμου που συμπληρώνει την αίτηση	Σχέση με τον ασθενή	Αριθμός τηλεφώνου
Όνομα του εγγυητή (εάν είναι διαφορετικός από τον Ασθενή)	Σχέση με τον ασθενή	Αριθμός τηλεφώνου

II. Πληροφορίες Ασφάλισης

Όνομασία Ασφαλιστικής	Όνομα συνδρομητή	Σχέση με τον ασθενή
Εάν δεν υπάρχει ασφάλιση - Έχετε υποβάλει αίτηση για κάλυψη υγείας μέσω του Marketplace;	ΝΑΙ _____	ΟΧΙ _____
Απαλλάσσετε από την αίτηση για κάλυψη μέσω του Marketplace	ΝΑΙ _____	ΟΧΙ _____
Έχετε υποβάλει αίτηση για Ιατρική Βοήθεια τους τελευταίους 6 μήνες;	ΝΑΙ _____	ΟΧΙ _____
Εάν ΝΑΙ, παρακαλείσθε να επισυνάψετε αντίγραφο της Επιστολής Άρνησης ή της Απόδειξης Επιλεξιμότη	ΝΑΙ _____	ΟΧΙ _____

Εάν ΟΧΙ, επικοινωνήστε με το τοπικό γραφείο Κοινωνικών Υπηρεσιών για οδηγίες σχετικά με τον τρόπο υποβολής των αιτήσεων για παροχές.

III. Πληροφορίες νοικοκυριού (Αναφέρετε όλους τους ανθρώπους που κατοικούν στο νοικοκυριό σας)

ΜΕΓΕΘΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ _____

Όνοματεπώνυμο μέλος νοικοκυριού, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών	Σχέση με τον ασθενή	Επάγγελμα
	ΑΣΘΕΝΗΣ	

Συνέχιση του μέλους νοικοκυριού	Σχέση με τον ασθενή	Επάγγελμα

IV. Πηγές Εισοδήματος/Περιουσιακών στοιχείων νοικοκυριού (περιλαμβάνει συγγενή εξ αίματος, εξ αγχιστείας ή υιοθεσίας)

Εισόδημα Νοικοκυριού:

(Προσδιορίστε εάν το εισόδημα είναι μηνιαίο (Μ) ή το ετήσιο (Α))		ΑΣΘΕΝΗΣ	ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ
Μισθός/Εισόδημα πριν από τις εκπτώσεις	Μ Α	\$	\$
Αυτοαπασχολούμενοι (επαληθευμένοι από ανεξάρτητη	Μ Α	\$	\$
Παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης	Μ Α	\$	\$
Υποστήριξη Διατροφής/Παιδιού	Μ Α	\$	\$
άλλη νομισματική στήριξη	Μ Α	\$	\$
Αποζημίωση Ανεργίας & Εργάτη	Μ Α	\$	\$
Επιδόματα Βετεράνων	Μ Α	\$	\$
Πληρωμές συντάξεων	Μ Α	\$	\$
Ασφαλιστικές πληρωμές και Ετήσια επιδόματα	Μ Α	\$	\$
Μερίσματα/Τόκοι	Μ Α	\$	\$
Έσοδα από μισθώματα	Μ Α	\$	\$

ΣΥΝΟΛΟ

Περιουσιακά Στοιχεία Νοικοκυριού:

ΆΛΛΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΑΣΘΕΝΗΣ	ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ
Οικονομίες	\$	\$
Έλεγχος	\$	\$
Πιστοποιητικό Κατάθεσης (CD)	\$	\$
Λογαριασμοί χρηματαγοράς	\$	\$
Αποταμειωτικά Ομόλογα	\$	\$
Μετοχές	\$	\$
Ομόλογα	\$	\$
Εφορίας	\$	\$
401(Κ)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
Άλλο	\$	\$

ΣΥΝΟΛΟ

V. Πιστοποίηση από τον Αιτούντα

Δηλώνω ότι τα παραπάνω στοιχεία σχετικά με το μέγεθος της οικογένειάς μου, τα εισοδήματα και τα περιουσιακά στοιχεία είναι ακριβή και αληθή.

Κατανοώ ότι η εκούσια παραποίηση των υποβληθεισών πληροφοριών θα με ορίσει υπεύθυνο για όλες τις νοσοκομειακές δαπάνες.

Κατανοώ ότι είναι δική μου ευθύνη να ενημερώσω το νοσοκομείο για οποιαδήποτε αλλαγή του καθεστώτος όσον αφορά το εισόδημα ή τα περιουσιακά μου στοιχεία.

Υπογραφή Ασθενή

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Υπογραφή Προετοιμαστή /Σχέση με τον ασθενή)

Ημερομηνία

ΕΝΤΥΠΟ #991 (ΙΑΝ,2019)

)