

Antragsverfahren für Charity Care/Finanzielle Unterstützung

Sie können die finanzielle Unterstützung innerhalb eines Jahres nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Inanspruchnahme einer ambulanten Behandlung beantragen.

Charity Care steht Einwohnern von New Jersey zur Verfügung, die nicht versichert oder unterversichert sind oder keinen Anspruch auf staatliche oder bundesstaatliche Programme haben.

Um sich zu qualifizieren, müssen Sie sowohl die Einkommens- als auch die Vermögensvoraussetzungen erfüllen.

Charity Care deckt nur die Krankenhausversorgung ab. Das Programm gilt nicht für Ärzte oder andere Anbieter, die ihre Leistungen selbständig abrechnen.

- Bitte füllen Sie den Antrag aus und unterschreiben Sie ihn. (Wenn Sie in mehreren Krankenhäusern von Hackensack Meridian Health behandelt wurden, müssen Sie für jedes Krankenhaus, in dem Sie Leistungen erhalten haben, einen Antrag unterschreiben.)
- Fügen Sie Kopien aller erforderlichen Dokumente bei.
- Alle Unterlagen basieren auf dem ursprünglichen Datum des Leistungsbezugs.
- Wenn Sie 21 Jahre alt oder jünger und Vollzeitstudent sind, müssen Ihre Eltern oder Erziehungsberechtigten den Antrag ausfüllen und die erforderlichen Nachweise vorlegen. Bitte fügen Sie einen Nachweis über Ihren Studentenstatus und finanzielle Zuwendungsbescheide für das laufende und das vorhergehende Semester bei.

Wenn Sie Fragen zum Antrag oder zu den erforderlichen Unterlagen haben, wenden Sie sich bitte an einen Finanzberater in dem Krankenhaus, in dem Sie Ihre Leistungen erhalten haben.

- **Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 (551) 996-4343**
- **Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 (201) 854-5092**
- **JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 (732) 321-7534**

Für die unten aufgeführten Krankenhäuser rufen Sie bitte 732-902-7080 an

- **Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753**
- **Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724**
- **Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701**
- **Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050**
- **Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733**
- **Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753**
- **Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ**
- **Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ**

Um uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags für Charity Care zu unterstützen, legen Sie bitte nur Kopien der unten aufgeführten Dokumente vor, die auf Ihre Situation zutreffen. Wenn die unten aufgeführten Unterlagen nicht vorgelegt werden oder Ihr Antrag unvollständig ist, können wir Ihren Antrag nicht bearbeiten. Alle erforderlichen Dokumente basieren auf dem Datum Ihres Leistungsbezugs. Datum des Leistungsbezugs ist der erste Tag, an dem Sie tatsächlich im Krankenhaus waren.

Identitätsnachweis für Patient, Ehepartner, Kinder unter 18 Jahren und Vollzeitstudenten bis 21 Jahre

- Wählen Sie eines für jedes Familienmitglied: Führerschein, Geburtsurkunde, US-Sozialversicherungsausweis, Reisepass

Versicherungskarten

- Kopieren Sie die Vorder- und Rückseite der Versicherungskarte

Bank-/Vermögensauszüge, die den Saldo zum Datum des Leistungsbezugs enthalten

- Kontoauszüge von Giro-, Spar- und Debitkartenkonten
- Einzahlungen, die Ihr gemeldetes Einkommen übersteigen, können eine Erklärung erfordern
- Aktuelle Unterlagen für CDs, IRAs, 401Ks, Aktien oder Anleihen

Einkommensnachweis für den letzten Monat vor dem Datum des Leistungsbezugs

- Nachweis des Arbeitseinkommens, einschließlich Gehaltsabrechnungen oder einer schriftlichen, unterzeichneten Erklärung Ihres Arbeitgebers über den Bruttoverdienst auf dem Briefkopf Ihres Unternehmens
- Wenn Sie selbständig sind, benötigen Sie eine von einem Buchhalter unterzeichnete Gewinn- und Verlustrechnung sowie eine Kopie der Steuererklärung für das Vorjahr. Wenn es sich bei Ihrem Unternehmen um eine Personen- oder Kapitalgesellschaft handelt, legen Sie bitte ein Schreiben eines Buchhalters mit Ihrem wöchentlichen Gehaltsbezug vor.
- Nachweis über unverdientes Einkommen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Altersrente, Unterhaltszahlungen für Kinder, Alimente, VA-Leistungen, Bescheide der Sozialversicherung, SSI-Bescheide für alle Familienmitglieder, Arbeitslosigkeits- oder staatliche Invaliditätsnachweise oder andere finanzielle Beiträge

Nachweis des Wohnsitzes vor dem Datum der Leistung

- Muss eine ladungsfähige Anschrift (Straßenadresse) enthalten - KEIN Postfach
- Bitte wählen Sie eine der folgenden Möglichkeiten: Führerschein, Kopie des Mietvertrags, Rechnung eines Versorgungsunternehmens, datierte Post mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse, die vor dem Datum des Leistungsbezugs ausgestellt wurde

Bescheinigung des Patienten: (alle zutreffenden Angaben unterschreiben und datieren).

- Bescheinigung des Ehepartners, falls verheiratet (alle zutreffenden Angaben unterschreiben und datieren).

Wenn Sie kein Einkommen haben, lassen Sie die beiliegende Unterstützungserklärung von der Person unterschreiben, mit der Sie zusammenleben (außer Ihrem Ehepartner) und die Sie finanziell unterstützt.

Bitte senden Sie Ihren Antrag und Ihre Unterlagen an die oben genannte Adresse, an der Sie Charity Care beantragen. Zur Erinnerung: Charity Care ist krankenhausspezifisch; wenn also Leistungen an mehreren Standorten erbracht wurden, muss für jeden Standort ein Antrag gestellt werden.)



Krankenhaus-Pflegeunterstützungsprogramm in New Jersey Antrag auf Charity Care

Kreuzen Sie ALLE Krankenhäuser an, in denen Sie Leistungen erhalten haben:
() HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH

() SOMC () RBMC () OBMC

ABSCHNITT I - PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME DES PATIENTEN (FAMILIENNAME, VORNAME, ZWEITER VORNAME) GEBURTSDATUM				
DATUM DER ANTRAGSTELLUNG	DATUM DES LEISTUNGSBEZUGS	SCHWANGER? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
ANSCHRIFT DES PATIENTEN (STRASSE)		TELEFON-/HANDYNUMMER ()		
STADT, BUNDESSTAAT, PLZ		*FAMILIENGRÖSSE	EHESTATUS	
SIND SIE EIN US-BÜRGER? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN RECHTMÄSSIGER AUFENTHALT SEIT: _____		SIND SIE IN NEW JERSEY WOHNHAFT? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
NAME DES BÜRGEN (falls nicht der Patient)		VERSICHERUNGSDECKUNG: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN VERSICHERUNG _____ VERSICHERUNGSSCHEIN NR.:		
ANDERE FAMILIENMITGLIEDER	VERHÄLTNIS	GEBURTSDATUM	SCHWANGER? J/N	VON VERSICHERUNG UMFASST? J/N
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

ABSCHNITT II- VERMÖGENSKRITERIEN

ZUM VERMÖGEN ZÄHLEN:

- A. Sparkonten _____
- B. Girokonten _____
- C. Einlagezertifikate / IRA _____
- D. Kapitalbeteiligungen an Immobilien (außer Hauptwohnsitz) _____
- E. Sonstige Vermögenswerte, 401K, Aktien und Anleihen _____
- F. GESAMT _____

* DIE FAMILIENGRÖSSE UMFASST DIE EIGENE PERSON, DEN EhePARTNER UND ETWAIGE MINDERJÄHRIGE KINDER. EINE SCHWANGERE FRAU WIRD ALS ZWEI FAMILIENANGEHÖRIGE GEZÄHLT.

ABSCHNITT III - EINKOMMENSKRITERIEN

Bei der Feststellung der Anspruchsberechtigung für die Krankenhauspflegehilfe ist das Einkommen des Patienten und gegebenenfalls seines Ehepartners zugrunde zu legen. Für ein minderjähriges Kind muss das Einkommen der Eltern herangezogen werden. Diesem Antrag ist ein Einkommensnachweis beizufügen. Das Einkommen basiert auf der Berechnung des Einkommens von entweder zwölf Monaten, drei Monaten, einem Monat oder einer Woche vor dem Datum des Leistungsbezugs.

NAME DES ARBEITGEBERS: _____

GESAMTEINKOMMEN
\$ _____

EINKOMMENSQUELLEN:

pro Woche pro Monat pro Jahr

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Gehalt / Lohn vor Abzügen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Öffentliche Unterstützung _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Leistungen der Altersversicherung/Invalidenversicherung _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Arbeitslosenversicherung _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Bezüge für ehemalige Angehörige der Streitkräfte _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Unterhaltszahlungen / Kindergeld _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Sonstige monetäre Unterstützung _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Pensionszahlungen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Versicherungs- oder Rentenzahlungen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Ausschüttungen / Zinsen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Einkünfte aus Vermietung _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Netto-Geschäftseinkommen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Sonstiges (Leistungen bei Streik, Ausbildungsstipendien, Militärische Familienzuschläge, Nachlässe oder Trusts) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Einkommensquelle: _____ | | | |

ABSCHNITT IV - BESCHEINIGUNG DURCH DEN ANTRAGSTELLER

Mir ist bekannt, dass die von mir gemachten Angaben von der zuständigen Gesundheitseinrichtung und den Bundes- oder bundesstaatlichen Behörden überprüft werden müssen. Bei vorsätzlicher Falschdarstellung dieser Tatsachen bin ich für alle Krankenhauskosten haftbar und kann zivilrechtlich in Anspruch genommen werden.

Auf Verlangen der Gesundheitseinrichtung werde ich für die Bezahlung der Krankenhausrechnung staatliche oder private medizinische Unterstützung beantragen.

Ich bestätige, dass die obigen Angaben zu meinem Familienstand, Einkommen und Vermögen der Wahrheit entsprechen.

Mir ist bekannt, dass es in meiner Verantwortung liegt, das Krankenhaus über jede Änderung meines Einkommens- oder Vermögensstatus zu informieren.

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN ODER VORMUNDS DATUM

VERWENDUNG NUR DURCH DEN EMPFÄNGER: Verantwortung Kein Versicherungsschutz _____ %

Nach Versicherungsschutz _____ %

DATUM DER FREIGABE: _____ Gilt ab: _____ Läuft ab zum: _____

Unterschrift des Prüfenden: _____



ERKLÄRUNG DES PATIENTEN

UNTERSCHREIBEN SIE, WAS AUF IHRE SITUATION ZUTREFFEN KANN:

1. Ich bestätige, dass ich ab _____ KEIN Einkommen erhalten habe.
DATUM

(Patient / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

2. Ich bestätige, dass ich KEINE VERMÖGEN (Bankkonten, CDs, etc.) durch mich oder eine andere Partei habe.

(Patient / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

3. Ich bestätige, dass ich OBDACHLOS bin und seit _____ OBDACHLOS bin.

(Patient / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

4. Ich bestätige, dass ich KEINE MEDIZINISCHE VERSICHERUNG durch mich selbst oder eine andere Partei habe, um den ausstehenden Betrag meiner Rechnungen zu begleichen.

(Patient / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

AUFENTHALTSERKLÄRUNG MUSS VOM PATIENTEN/VERANTWORTLICHEN UNTERSCHRIEBEN WERDEN

5. ICH BESTÄTIGE, DASS ICH ZUM ZEITPUNKT DER INANSPRUCHNAHME DER LEISTUNGEN IN NEW JERSEY WOHNHAFT BIN/WAR UND DASS ICH BEABSICHTIGE, IN NEW JERSEY WOHNHAFT ZU BLEIBEN.

(Patient / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

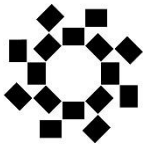
6. Ich versichere, dass alle in dieser Erklärung gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahr, vollständig und richtig sind.

(Patient / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

Prüfender



ERKLÄRUNG DES EHEPARTNERS

UNTERSCHREIBEN SIE NUR, WAS AUF IHRE SITUATION ZUTREFFEN KANN:

1. Ich bestätige, dass ich ab _____ KEIN Einkommen erhalten habe.

DATUM

(Ehepartner / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

2. Ich bestätige, dass ich KEINE VERMÖGEN (Bankkonten, CD's, etc.) durch mich oder eine andere Partei habe.

(Ehepartner / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

3. Ich bestätige, dass ich OBdachlos bin und seit _____ OBdachlos bin.

(Ehepartner / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

4. Ich bestätige, dass ich KEINE MEDIZINISCHE VERSICHERUNG durch mich selbst oder eine andere Partei habe, um den ausstehenden Betrag meiner Rechnungen zu begleichen.

(Ehepartner / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

AUFENTHALTSERKLÄRUNG MUSS VOM PATIENTEN/VERANTWORTLICHEN UNTERSCHRIEBEN WERDEN

5. ICH BESTÄTIGE, DASS ICH ZUM ZEITPUNKT DER INANSPRUCHNAHME DER LEISTUNGEN IN NEW JERSEY WOHNHAFT BIN/WAR UND DASS ICH BEABSICHTIGE, IN NEW JERSEY WOHNHAFT ZU BLEIBEN.

(Ehepartner / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

6. Ich versichere, dass alle in dieser Erklärung gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahr, vollständig und richtig sind.

(Ehepartner / Verantwortlicher)

Beziehung

DATUM

Prüfender



ERKLÄRUNG ÜBER UNTERSTÜTZUNG

PATIENT: _____ DATUM: _____

GEBURTSDATUM: _____ DATUM DES ERSTEN LEISTUNGSBEZUGS: _____

VON DER PERSON AUSZUFÜLLEN, DIE DEN PATIENTEN BETREUT. SCHLIESST KEINEN MIT IHNEN LEBENDEN PARTNER EIN.

Ich versichere, dass die nachstehenden Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bekannt, dass die Angabe falscher oder unvollständiger Informationen den Tatbestand des Betrugs erfüllen kann und Hackensack Meridian Health entsprechende rechtliche Schritte einleiten kann. Mir ist ferner bekannt, dass ich persönlich haftbar gemacht werde, wenn die Angaben gefälscht, unvollständig oder in irgendeiner Weise irreführend sind.

Kreuzen Sie an, was zutrifft:

- Die oben genannte Person lebt mit mir zusammen, und zwar seit **(Datum):** _____
- Die oben genannte Person war zum Zeitpunkt der Zustellung in New Jersey ansässig und hat keinen Wohnsitz in einem anderen Bundesstaat oder Land und beabsichtigt, in New Jersey zu bleiben.
- Die oben genannte Person ist in keiner Weise krankenversichert, auch nicht über Medicaid oder Medicare.
- Die oben genannte Person ist zur Zeit arbeitslos und war es mindestens einen Monat lang vor dem oben angegebenen Datum des Leistungsbezugs.
- Die oben genannte Person bezieht keine Arbeitslosenunterstützung oder andere Leistungen (Invalidenhilfe, Invalidenhilfe für Rentner (SSI), Sozialhilfe, usw.)
- Ich stelle der oben genannten Person Unterkunft und Verpflegung.
- Ich stelle der oben genannten Person Bargeld in Höhe von USD _____ pro Monat zur Verfügung.
- Die oben genannte Person wohnt nicht bei mir, aber ich biete Unterstützung in Form von:

Ihre Beziehung zum vorstehend Genannten

Unterschrift

Adresse: _____

(Stadt)

(Bundesstaat)

(Postleitzahl)

Telefonnummer: _____