

Hackensack
Meridian Health

Διαδικασία υποβολής αιτήσεων για το πρόγραμμα φιλανθρωπική φροντίδα/οικονομική βοήθεια
Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για το πρόγραμμα Financial Assistance εντός 1 έτους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ή τη λήψη εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Το πρόγραμμα Charity Care προορίζεται για τους κατοίκους του Νιου Τζέρσεϊ που είναι ανασφάλιστοι, υποασφαλισμένοι ή μη επιλέξιμοι για κρατικά και ομοσπονδιακά προγράμματα.

Για να πληροίτε τις προϋποθέσεις, πρέπει να πληροίτε τόσο τα κριτήρια εισοδήματος όσο και τα κριτήρια επιλεξιμότητας περιουσιακών στοιχείων.

Το πρόγραμμα Charity Care καλύπτει μόνο τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Το πρόγραμμα δεν ισχύει για ιατρούς ή άλλους παρόχους που χρεώνουν ανεξάρτητα για τις υπηρεσίες τους.

- Συμπληρώστε και υπογράψτε την αίτηση. (Εάν λάβατε φροντίδα σε πολλά νοσοκομεία Hackensack Meridian Health, θα πρέπει να υπογράψετε μια αίτηση για κάθε νοσοκομείο όπου λάβατε υπηρεσίες.)
- Επισυνάψτε αντίγραφα όλων των απαιτούμενων εγγράφων.
- Όλα τα δικαιολογητικά βασίζονται στην αρχική ημερομηνία επίδοσης.
- Εάν είστε έως 21 χρονών και φοιτητής πανεπιστημίου πλήρους φοίτησης, ο γονέας ή ο κηδεμόνας σας πρέπει να συμπληρώσει την αίτηση και να παράσχει τα απαραίτητα δικαιολογητικά. Παρακαλείστε να προσκομίσετε αποδεικτικά έγγραφα της φοιτητικής σας κατάστασης και έγγραφα οικονομικής ενίσχυσης για το τρέχον και τα προηγούμενα εξάμηνα. .

Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με την αίτηση ή τα δικαιολογητικά που απαιτείται να υποβάλετε, επικοινωνήστε με έναν οικονομικό σύμβουλο στο νοσοκομείο όπου λάβατε τις υπηρεσίες σας.

- **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**

Για τα παρακάτω νοσοκομεία, καλέστε στο 732-902-7080

- **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**

Για να μας βοηθήσετε περαιτέρω στην επεξεργασία της αίτησής σας για το πρόγραμμα Charity Care, παράσχετε αποκλειστικά αντίγραφα των εγγράφων που αναφέρονται παρακάτω και τα οποία ισχύουν στηνπερίπτωσή σας. Εάν τα κατάλληλα δικαιολογητικά που αναφέρονται παρακάτω δεν παρέχονται ή η αίτησή σας είναι ελλιπής, δε θα μπορέσουμε να επεξεργαστούμε την αίτησή σας. Όλα τα απαιτούμενα έγγραφα βασίζονται στην Ημερομηνία παροχής υπηρεσιών. Η «Ημερομηνία παροχής υπηρεσιών» είναι η πρώτη μέρα που ήσασταν στο νοσοκομείο.

Πιστοποιητικό ταυτοπροσωπίας για ασθενείς, συζύγους, παιδιά κάτω των 18, ετών και φοιτητές πανεπιστημίων πλήρους φοίτησης έως 21 ετών

- Επιλέξτε ένα για κάθε μέλος της οικογένειάς σας: δίπλωμα οδήγησης, πιστοποιητικό γέννησης, κάρτα κοινωνικής ασφάλισης, διαβατήριο

Κάρτες ασφάλισης

- Αντιγράψτε την μπροστινή και την οπίσθια όψη της κάρτας ασφάλισης

Τραπεζικές καταστάσεις / δηλώσεις περιουσιακών στοιχείων που περιλαμβάνουν το υπόλοιπο κατά την ημερομηνία παροχής υπηρεσιών

- Αντίγραφα κίνησης ελέγχου, οικονομιών, λογαριασμού χρεωστικής κάρτας
- Οι καταθέσεις πάνω από το αναφερόμενο εισόδημά σας ενδέχεται να απαιτούν επεξήγηση
- Τρέχοντα δικαιολογητικά για τυχόν CD's, IRA's, 401K's, μετοχές ή ομόλογα

Απόδειξη εισοδήματος για τον έναν μήνα πριν από την ημερομηνία παροχής υπηρεσιών

- Απόδειξη δεδουλευμένου εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένων αποκομμάτων αμοιβής ή γραπτής υπογεγραμμένης δήλωσης ακαθάριστων αποδοχών από τον εργοδότη σας σε επαγγελματικό επιστολόχαρτο
- Εάν είστε ελεύθερος επαγγελματίας, απαιτείται δήλωση κερδών και ζημιών υπογεγραμμένη από λογιστή μαζί με αντίγραφο της φορολογικής δήλωσης για το προηγούμενο έτος. Αν η επιχείρησή σας είναι συνεταιρισμός ή εταιρεία, παράσχετε μια επιστολή από έναν λογιστή με τα εβδομαδιαία έσοδά σας.
- Απόδειξη μη δεδουλευμένου εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, συντάξεων γήρατος, διατροφής, επιδομάτων VA, επιστολής απονομής κοινωνικής ασφάλισης, επιστολών απονομής βραβείων SSI για όλα τα μέλη της οικογένειας, επιδόματος ανεργίας ή κρατικής αναπηρίας ή άλλων οικονομικών εισφορών

Αποδεικτικό κατοικίας πριν από την ημερομηνία παροχής υπηρεσιών

- Πρέπει να εμφανίζεται η διεύθυνση – ΟΧΙ ταχυδρομική θυρίδα
- Επιλέξτε ένα από τα παρακάτω: άδεια οδήγησης, αντίγραφο μίσθωσης, λογαριασμός επιχείρησης κοινής ωφέλειας, αλληλογραφία με ημερομηνία αποστολής με το όνομα και τη διεύθυνσή σας που εκδόθηκε πριν από την ημερομηνία παροχή υπηρεσιών

Βεβαίωση ασθενούς: (υπογράψτε και βάλτε ημερομηνία σε όλα όσα ισχύουν).

- Βεβαίωση συζύγου αν είναι παντρεμένος / η (υπογράψτε και βάλτε ημερομηνία σε όλα όσα ισχύουν).

Εάν δεν έχετε εισόδημα, να έχετε την επισυναπτόμενη Επιστολή υποστήριξης υπογεγραμμένη από το άτομο με το οποίο διαμένετε (εκτός από σύζυγο) και σας παρέχει οικονομική ενίσχυση.

Ταχυδρομήστε την αίτηση και τα έγγραφά σας στην παραπάνω διεύθυνση όπου υποβάλλετε αίτηση για το πρόγραμμα Charity Care. (Υπενθύμιση: το πρόγραμμα Charity Care αφορά αποκλειστικά νοσοκομεία, στην περίπτωση που η παροχή υπηρεσιών πραγματοποιήθηκε σε διαφορετικές τοποθεσίες, τότε πρέπει να υποβληθεί αίτηση για κάθε μια τοποθεσία.)



Πρόγραμμα Βοήθειας Νοσοκομειακής Φροντίδας του Νιου Τζέρσεϊ
Αίτηση προγράμματος Charity Care

Σημειώστε **ΟΛΑ** τα νοσοκομεία όπου λάβατε υπηρεσίες:

() HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH

() SOMC () RBMC () OBMC

ΤΜΗΜΑ Ι – ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΠΛΗΡΕΣ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ)		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΠΙΛΟΣΗΣ		ΕΙΣΤΕ ΕΓΚΥΟΣ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ/ΚΙΝΗΤΟΥ ()		
ΠΟΛΗ, ΠΟΛΙΤΕΙΑ, ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ		*ΜΕΓΕΘΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
ΕΙΣΤΕ ΠΟΛΙΤΗΣ ΤΩΝ ΗΠΑ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ ΝΟΜΙΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΑΠΟ: _____		ARE YOU A RESIDENT OF NEW JERSEY? <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
ΟΝΟΜΑ ΕΓΓΥΗΤΗ (εάν δεν είναι ασθενής)		ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ _____ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ #:		
ΑΛΛΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΣΧΕΣΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ/ΕΙΣΤΕ	ΕΓΚΥΟΣ; Ναι/Όχι	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ; Ναι/Όχι
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

ΤΜΗΜΑ ΙΙ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

ΤΑ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΥΝ:

- A. Λογαριασμοί ταμειουτηρίου _____
- B. Λογαριασμοί ελέγχου _____
- Γ. Πιστοποιητικά κατάθεσης / IRA _____
- Δ. Μετοχικό κεφάλαιο σε ακίνητα (εκτός της κύριας κατοικίας) _____
- Ε. Άλλα περιουσιακά στοιχεία, 401K, μετοχές και ομόλογα _____
- ΣΤ. ΣΥΝΟΛΟ _____

ΤΜΗΜΑ ΙΙΙ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

Κατά τον καθορισμό της επιλεξιμότητας για βοήθεια σε νοσοκομειακή περίθαλψη, πρέπει να χρησιμοποιείται το εισόδημα του ασθενούς και, κατά περίπτωση, του / της συζύγου. Το εισόδημα των γονέων πρέπει να χρησιμοποιείται για ανήλικα τέκνα. Η αίτηση αυτή πρέπει να συνοδεύεται από απόδειξη του εισοδήματος. Το εισόδημα βασίζεται στον υπολογισμό εισοδήματος δώδεκα μηνών, τριών μηνών, ενός μηνός ή μιας εβδομάδας πριν από την ημερομηνία επίδοσης.

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ:

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ
\$

ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ:

Εβδομαδιαίως

Μηνιαίως

Ετησίως

A. Μισθός / μισθοί προ κρατήσεων _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Κρατική ενίσχυση _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ. Κοινωνική ασφάλιση/παροχές αναπηρίας _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. Επίδομα ανεργίας και εργατική αποζημίωση _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Παροχές σε βετεράνους _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΤ. Διατροφή / υποστήριξη τέκνων _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z. Άλλη νομισματική στήριξη _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Πληρωμές συντάξεων _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θ. Πληρωμές ασφάλισης ή προσόδων _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Μερίσματα / τόκοι _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΙΑ. Εισόδημα από μισθώσεις _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΙΒ. Καθαρό επιχειρηματικό εισόδημα _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΙΓ. Λοιπά (επιδόματα απεργίας, επιδόματα κατάρτισης, στρατιωτικός οικογενειακός κλήρος, περιουσία ή καταπίστευμα) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλη πηγή εισοδήματος: _____			

ΤΜΗΜΑ ΙV – ΠΙΣΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ

Κατανοώ ότι οι πληροφορίες που υποβάλλω υπόκεινται σε επαλήθευση από το αρμόδιο ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης και τις Ομοσπονδιακές ή Κρατικές Κυβερνήσεις. Η εσκεμμένη διαστρέβλωση αυτών των γεγονότων θα με καταστήσει υπεύθυνο για όλες τις χρεώσεις του νοσοκομείου που υπόκεινται σε αστικές κυρώσεις.

Εάν ζητηθεί από το ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, θα υποβάλω αίτηση για κρατική ή ιδιωτική ιατρική βοήθεια ως προς την πληρωμή του νοσοκομειακού λογαριασμού.

Βεβαιώνω ότι οι παραπάνω πληροφορίες σχετικά με την οικογενειακή μου κατάσταση, το εισόδημα και τα περιουσιακά μου στοιχεία είναι αληθείς και ορθές.

Κατανοώ ότι είναι υπό ευθύνη μου η ενημέρωση του νοσοκομείου για τυχόν αλλαγές στο καθεστώς σε σχέση με το εισόδημα ή τα περιουσιακά μου στοιχεία.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΚΗΛΕΜΟΝΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΓΡΑΦΕΙΟΥ: Ευθύνη Χωρίς ασφαλιστική κάλυψη _____ %

Μετά την ασφαλιστική κάλυψη _____ %

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ: _____ Έναρξη ισχύος: _____ Τερματισμός: _____

Υπογραφή αξιολογητή: _____

Υπογραφή αξιολογητή: _____



ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΠΑΡΑΚΑΤΩ Ο,ΤΙ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΑΣ:

1. Βεβαιώνω ότι από _____ ΔΕΝ έχω λάβει κανένα εισόδημα.
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

(Ασθενής / υπεύθυνο μέρος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

2. Βεβαιώνω ότι ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (τραπέζικούς λογαριασμούς, CD's κ.λπ.) μέσω εμού ή οποιουδήποτε άλλου μέρους.

(Ασθενής / υπεύθυνο μέρος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

3. Βεβαιώνω ότι είμαι ΑΣΤΕΓΟΣ από _____

(Ασθενής / υπεύθυνο μέρος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

4. Βεβαιώνω ότι ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ μέσω εμού ή οποιουδήποτε άλλου μέρους για την κάλυψη του ανεξόφλητου ποσού των λογαριασμών μου.

(Ασθενής / υπεύθυνο μέρος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Η ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ / ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ / ΗΜΟΥΝ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΤΟΥ ΝΙΟΥ ΤΖΕΡΣΕΪ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΟΥ ΕΛΗΦΘΗΣΑΝ ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΣΚΟΠΕΥΩ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΩ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΤΟΥ ΝΙΟΥ ΤΖΕΡΣΕΪ.

(Ασθενής / υπεύθυνο μέρος)

Σχέση

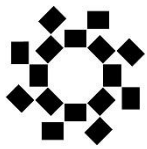
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

6. ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΕΙΣ, ΠΛΗΡΕΙΣ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΣ ΕΞ ΟΣΩΝ ΓΝΩΡΙΖΩ.

(Ασθενής / υπεύθυνο μέρος)

Σχέση

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ



ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΥΖΥΓΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΨΤΕ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΜΟΝΟ Ο,ΤΙ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΑΣ:

1. Βεβαιώνω ότι από _____ ΔΕΝ έχω λάβει κανένα εισόδημα.
_____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

(Σύζυγος / υπεύθυνο μέρος) Σχέση ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
2. Βεβαιώνω ότι ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (τραπεζικούς λογαριασμούς, CD's κ.λπ.) μέσω εμού ή οποιοδήποτε άλλου μέρους.

(Σύζυγος / υπεύθυνο μέρος) Σχέση ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
3. Βεβαιώνω ότι είμαι ΑΣΤΕΓΟΣ από _____

(Σύζυγος / υπεύθυνο μέρος) Σχέση ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
4. Βεβαιώνω ότι ΔΕΝ ΕΧΩ ΚΑΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ μέσω εμού ή οποιοδήποτε άλλου μέρους για την κάλυψη του ανεξόφλητου ποσού των λογαριασμών μου.

(Σύζυγος / υπεύθυνο μέρος) Σχέση ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Η ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ/ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΜΕΡΟΣ

5. **ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ/ΗΜΟΥΝ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΤΟΥ ΝΙΟΥ ΤΖΕΡΣΕΪ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΟΥ ΕΛΗΦΘΗΣΑΝ ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΣΚΟΠΕΥΩ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΩ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΤΟΥ ΝΙΟΥ ΤΖΕΡΣΕΪ.**

(Σύζυγος / υπεύθυνο μέρος) Σχέση ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

6. **ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΑΛΗΘΕΙΣ, ΠΛΗΡΕΙΣ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΣ ΕΞ ΟΣΩΝ ΓΝΩΡΙΖΩ.**

(Σύζυγος / υπεύθυνο μέρος) Σχέση ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ



ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

ΑΣΘΕΝΗΣ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΑΡΧΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΠΙΔΟΣΗΣ: _____

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ. ΔΕΝ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΠΟΥ ΖΕΙ ΜΑΖΙ ΣΑΣ.

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που αναφέρονται παρακάτω είναι αληθείς και ορθές. Κατανοώ πλήρως ότι η παροχή ψευδών πληροφοριών ή η μη παροχή πλήρων πληροφοριών που ζητήθηκαν μπορεί να αποτελέσει λόγο απάτης και η Hackensack Meridian Health μπορεί να προβεί σε οποιαδήποτε κατάλληλη νομική ενέργεια. Κατανοώ επίσης ότι θα θεωρηθώ προσωπικά υπεύθυνος εάν οι πληροφορίες παραποιηθούν, είναι ελλιπείς ή παραπλανητικές με οποιονδήποτε τρόπο.

Σημειώστε παρακάτω ό,τι ισχύει:

- Το προαναφερόμενο πρόσωπο ζει μαζί μου από τις **(Ημερομηνία):** _____
- Το προαναφερόμενο πρόσωπο ήταν κάτοικος Νιου Τζέρσεϊ κατά την επίδοση, δεν έχει κατοικία σε κανένα άλλο Κράτος ή Χώρα και σκοπεύει να παραμείνει στην Πολιτεία του Νιου Τζέρσεϊ.
- Το προαναφερόμενο πρόσωπο δεν καλύπτεται από κανενός είδους ιατρική ασφάλιση, συμπεριλαμβανομένης της Medicaid ή της Medicare.
- Το προαναφερόμενο πρόσωπο είναι άνεργο αυτήν τη στιγμή και ήταν άνεργος για τουλάχιστον έναν μήνα πριν από την ημερομηνία επίδοσης που αναφέρεται ανωτέρω.
- Το προαναφερόμενο πρόσωπο δεν λαμβάνει επιδόματα ανεργίας ή άλλου είδους παροχές (Αναπηρία, SSI, Πρόνοια κ.λπ.)
- Παρέχω τροφή και στέγη για το προαναφερθέν άτομο.
- Παρέχω μετρητά ύψους _____ \$ τον μήνα, στο ανωτέρω πρόσωπο.
- Το προαναφερθέν πρόσωπο δεν κατοικεί μαζί μου αλλά παρέχω υποστήριξη με τη μορφή: _____

Η σχέση σας με τον προαναφερόμενο

Υπογραφή

Διεύθυνση: _____

(Πόλη)

(Πολιτεία)

(Ταχυδρομικός κώδικας)

Αριθμός τηλεφώνου: _____