

**בקשה לסיוע כספי - עמוד 1**
**תאריך הגשת הבקשה:**
**שם המבקש/ת (המטופל/ת):**

(שם פרטי)

(שם משפחה)

**מספר טלפון:**
**כתובת:**

מדינה מיקוד

עיר

רחוב, דירה

מצב משפחתי: רווק נשוי פרוד גרוש אלמן

 אזרחות (סעיף הנדרש רק עבור ניו ג'רזי LOA): אזרח/ית אמריקאי/ת גרין קארד  
 (יש לציין תאריך רישום) לא אזרח/ית אמריקאי/ת

**מוצא: לכן אפרו-אמריקאי היספאני אחר**
**גודל המשפחה -** אנא מנהי את כל התלויים כולל את/ה עצמך

שם משפחה, שם פרטי	מין	תאריך לידה (שנה/יום/חודש)	גזע	(NJ LOA) אזרח	מצב משפחתי	קשר אל המטופל	
						מטופל	1.
							2.
							3.
							4.
							5.
							6.
							7.
							8.
							9.
							10.

**הכנסת משק הבית**

שם המעסיק	בן/ת משק הבית המקבל/ת הכנסה (כולל ילדים)	משרה מלאה או משרה חלקית	מהי תדירות השכר? (סמן משבצת אחת)					הכנסה ברוטו לתקופת שכר
			שבועי	דו-שבועי	חודשי	דו-חודשי	שנתי	
• אם את/ה עצמאי/ת, רשום/רשמי "עצמאי/ת"		מלאה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
• אם את/ה בעלים, רשום/רשמי "בעלים"		חלקית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

 שבועי  דו-שבועי  חודשי  דו-חודשי  שנתי

**האם את/ה או כל בן/ת משק הבית מקבל/ת הכנסה ממקור אחר:**

\$

**הכנסת משק הבית שנתית כוללת**
**האם מישוהי במשק הבית שלך מצויה בהיריון?** כן - תאריך הלידה הצפוי: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ לא

 ביטוח נסיעות:

 NJ Family Care

 ביטוח Medicaid

 ביטוח פרטי

**האם את/ה שייך/ת לאחת מתוכניות הביטוח הבאות: לא**

 אם כן, האם תוכנית זו מכסה טיפולי שיניים? כן  לא  מועד תקפות: / /

אני מאשר/ת כי הנתונים אודות גודל המשפחה וההכנסה, כפי שרשומים לעיל, הנם נכונים. בטרם מתן האישור להנחה המוקנית לך, נדרשים העתק של מסמך מזהה של כל בן/ת משפחה, דוחות מס, תלושי שכר ומידע אחר לאימות ההכנסה, וכן הוכחת תושבות. אני מבין/ה כי בהתבסס על המידע שלעיל, יתכן שאיני זכאי/ת לסיוע כספי. אני מבין/ה כי יתכן שתידרש בדיקה לצורך זכאותי לסיוע כספי. אם איני זכאי/ת לסיוע כספי, אני מבין/ה כי אשא באחריות על יתרת החוב בחשבון/ות שלי. לתשומת לבך, אין ערבות לכיסוי עלויות ישירות, למשל של התקנים תוך-רחמיים ותרופות, במסגרת תוכנית הנחות ממוקדת-מטופל

תאריך

חתימה של המטופל/ת או האפוטרופוס/ת

רשום/רשמי באותיות דפוס את שם המטופל/ת או האפוטרופוס/ת

**לשימוש המשרד בלבד**
 NJ LOA  
 תוכנית F

 תוכנית

 תוכנית D

 תוכנית C

 תוכנית B

 תוכנית A

ניתן למטופל אישור ל:

בתוקף עד

תאריך

חתימה של הצוות

אושר ואומת על ידי (אותיות דפוס)

**בקשה לסיוע כספי - עמוד 2**

תאריך: / /

שם פרטי של המטופל/ת

שם משפחה של המטופל/ת

**חלק I: כל המידע יישמר בסודיות מוחלטת**

הכנסה שנתית של המשפחה \$

הכנסה חודשית של המשפחה (שנתית מחולקת ל-12) \$

תעריפי הסולם הנע	A	B	C	D	E	F*	G
בריאות הנפש	\$ 30.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	\$ 100.00	\$ 115.00
רפואה כללית	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
רפואת כף הרגל	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
בריאות האישה	\$ 25.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
שירותי מומחה	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
תזונה	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%	100%
רדיולוגיה	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%	100%
ממוגרפיה	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00	100%
רפואת שיניים	\$ 49.00	40%	50%	55%	60%	75%	100%
גלות תרופה בבית המרקחת	\$ 2.00	\$ 4.00	\$ 6.00	\$ 8.00	\$ 10.00	100%	100%
רמה בסולם	A	B	C	D	E	F**	G
קו העת 2022	100%	125%	150%	175%	200%	250%	more
גודל המשפחה	הכנסה שנתית מקסימלית						
1	13,590	16,988	20,385	23,783	27,180	33,975	33,976
2	18,310	22,888	27,465	32,043	36,620	45,775	45,776
3	23,030	28,788	34,545	40,303	46,060	57,575	57,576
4	27,750	34,688	41,625	48,563	55,500	69,375	69,376
5	32,470	40,588	48,705	56,823	64,940	81,175	81,176
6	37,190	46,488	55,785	65,083	74,380	92,975	92,976
7	41,910	52,388	62,865	73,343	83,820	104,775	104,776
8	46,630	58,288	69,945	81,603	93,260	116,575	116,576
9	51,350	64,188	77,025	89,863	102,700	128,375	128,376
10	56,070	70,088	84,105	98,123	112,140	140,175	140,176
11	60,790	75,988	91,185	106,383	121,580	151,975	151,976
12	65,510	81,888	98,265	114,643	131,020	163,775	163,776
13	70,230	87,788	105,345	122,903	140,460	175,575	175,576
14	74,950	93,688	112,425	131,163	149,900	187,375	187,376
ליחיד	\$ 4,720.00	\$ 5,900.00	\$ 7,080.00	\$ 8,260.00	\$ 9,440.00	\$ 11,800.00	

לא נכללו לעיל עלויות ישירות של תרופות והתקנים תוך-רחמיים המוטלות במלואן על המטופל \*  
 לשיעור הכנסה של 200%-250, זמינה לתושבי ניו ג'רזי בלבד NJ Aid תוכנית ההנחות \*\*



תאריך \_\_\_\_\_ חתימה של המטופל/ת או האפונטרופוס/ית:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה של צוות CHEMED: