



1771 Madison Ave. Lakewood, NJ 08701 732-364-2144 ext. 323

תוכנית הנחות ממוקדת-מטופל

תודה לך על ביקורך ב-CHEMED.

יתכן שתשלומך לא יכסה את עלות ביקורך. יידרש סכום של 20 דולר ליעוץ רפואי/פסיכיאטרי וסכום של 49 דולר יידרש לבדיקת שיניים.

על מנת לקבוע את העלות הנכונה של ביקורך היום, יש להשלים בקשה זו של תוכנית הנחות ממוקדת-מטופל במחלקה לסיוע כספי של CHEMED בתוך 7 ימים.

יושלם ב-CHEMED על ידי: _____

במקרה של אי השלמת הבקשה בתוך 7 ימים, תחויב/י במלוא הסכום של הבדיקה, ללא הנחות.

לוח התעריפים המשתנה

תעריפי הסולם הנע	A	B	C	D	E	F**
בריאות הנפש	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	\$ 100.00
רפואה כללית	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00
רפואת כף הרגל	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
שירותי מומחה	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
תזונה	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%
רדילוגיה	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%
ממוגרפיה	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
רפואת שיניים	\$ 49.00	40%	50%	55%	60%	100%
עלות תרופה בבית המרקחת	\$ 2.00	\$ 4.00	\$ 6.00	\$ 8.00	\$ 10.00	100%
רמה בסולם	A	B	C	D	E	F**
קו העוני 2020	100%	125%	150%	175%	200%	250%
גודל המשפחה	הכנסה שנתית מקסימלית					
1	12,760	15,950	19,140	22,330	25,520	31,900
2	17,240	21,550	25,860	30,170	34,480	43,100
3	21,720	27,150	32,580	38,010	43,440	54,300
4	26,200	32,750	39,300	45,850	52,400	65,500
5	30,680	38,350	46,020	53,690	61,360	76,700
6	35,160	43,950	52,740	61,530	70,320	87,900
7	39,640	49,550	59,460	69,370	79,280	99,100
8	44,120	55,150	66,180	77,210	88,240	110,300
9	48,600	60,750	72,900	85,050	97,200	121,500
10	53,080	66,350	79,620	92,890	106,160	132,700
11	57,560	71,950	86,340	100,730	115,120	143,900
12	62,040	77,550	93,060	108,570	124,080	155,100
13	66,520	83,150	99,780	116,410	133,040	166,300
14	71,000	88,750	106,500	124,250	142,000	177,500
ליחיד	\$ 4,480.00	\$ 5,600.00	\$ 6,720.00	\$ 7,840.00	\$ 8,960.00	\$ 11,200.00

*לא נכללו לעיל עלויות שירות של תרופות והתקנים תוך-רחמיים המוטלות במלואן על המטופל.
 **לשיעורי הכנסה של 200%-250% זמינה לתושבי ניו ג'רזי בלעד NJ Aid תוכנית ההנחות.

תוכנית הנחות ממוקדת-מטופל היא תוכנית של המרכז הרפואי הקהילתי המבוססת על גודל המשפחה וההכנסה ברוטו.

כל המטופלים במרכז הרפואי רשאים להגיש בקשה לתוכנית הנחות ממוקדת-מטופל.

על מנת להגיש בקשה לתוכנית הנחות ממוקדת-מטופל, על המטופל להשלים את הבקשה ולמסור: מסמך מזהה אחד של כל בן/ת משק הבית, הוכחה אחת בדבר הכנסה והוכחה אחת בדבר מגורים.

יש להגיש מחדש את הבקשה לתוכנית הנחות ממוקדת-מטופל מדי שנה במחלקה לסיוע כספי ב-CHEMED.

ופס הבקשה ימולא וייחתם על ידי מבוגר בן משק הבית.

תלושי שכר שוטפים) שכר של 4 השבועות האחרונים)

צורות אחרות של הכנסה

עובד עצמאי:

תשלומי ביטוח לאומי:

דמי אבטלה:

גמלאות:

הכנסות תזרימיות/ אי הכנסה:

דוח מס הכנסה 1099 של השנה הקודמת

המכתב האחרון בדבר הקצבה

4 התלושים האחרונים או מכתב של אישור בדבר קבלת קצבה

אישור בדבר קבלת גמלאות בשנה האחרונה

מכתב מהמעסיק

הצהרה עצמית

מכתב מהמממן בצירוף מסמך מזהה של המממן

דוח מס הכנסה 1040 של השנה הקודמת

חוזה שכירות או הצהרה עצמית

דוח מס הכנסה 1040 של השנה הקודמת

דף חשבון או הצהרה עצמית

מכתב מהמוסד הלימודי הקובע מעמד של סטודנט על בסיס זמן מלא ואם ניתנת מלג

סטודנט על בסיס זמן מלא:

זיהוי

נחוי מסמך מזהה אחד של כל חבר הכלול בבקשה

יתקבלו המסמכים המזהים הבאים:

רישיון נהיגה עם תמונה בתוקף**

דרכון תקף

תעודת לידה

תעודות ביטוח לאומי

תעודת רישום זרים, גרין קארד) יש לרשום את מועד הרישום בצורה קריאה)

יילוד) שגילו עד 3 שבועות): תעודת עריסה של בית חולים או אישור של בית החולים.

**במקרה של שימוש במסמך זה כתמונה מזהה, לא יהיה ניתן להשתמש במסמך זה כהוכחת מגורים

הוכחת מגורים

חשבון שירות ציבורי) חשבון גז, חשמל, מים או טלפון שנשלח אליך חודש אחד לפני מועד השירות)

דף החשבון של החודש הקודם

לוחית רישוי של הרכב / ביטוח הרכב

חוזה שכירות/ דף חשבון משכנתא

נדרשת תעודת נישואין) אם ישנה)

CHEMED מחלקה לסיוע כספי של

שעות פעילות: (כפוף לשינויים)

שני-חמישי: 8:00AM – 9:00PM

שישי: 8:00AM – 4:00PM

ראשון: 8:00AM – 8:00PM

מידע ליצירת קשר:

טלפון: 732 364 2144 x323

פקס: 7953 523 732

דוא"ל: financialassistance@chemedhealth.org

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: לבן אפרו-אמריקאי היספאני אחר
גודל המשפחה - אנה מנה/י את כל התלויים כולל את/ה עצמך

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

הכנסת משק הבית

הכנסה ברוטו לתקופת שכר	מהי תדירות השכר? (סמן משבצת אחת)					משרה מלאה או משרה חלקית		שם המעסיק • אם את/ה עצמאי/ת, רשום/רשמי "עצמאי/ת" • אם את/ה בעלים, רשום/רשמי "בעלים"	בן/ת משק הבית המקבל/ת הכנסה (כולל ילדים)
	שנתי	דו-חודשי	חודשי	דו-שבועי	שבועי	משרה חלקית	משרה מלאה		
\$	<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"/>	<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"/>	<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 מישהי במשק הבית שלך מצויה בהיריון? כן - תאריך הלידה הצפוי: ____ / ____ / ____ לא

 ביטוח נסיעות:

 Medicaid

 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, הגם 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 משפחה של המטופל/ת _____ שם פרטי 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**
בריאות הנפש	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	\$ 100.00
רפואה כללית	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00	\$ 40.00
רפואת כף הרגל	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
שירותי מומחה	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
תזונה	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%
רדיולוגיה	\$ 45.00	\$ 50.00	\$ 55.00	\$ 60.00	\$ 65.00	100%
ממוגרפיה	\$ 20.00	\$ 25.00	\$ 30.00	\$ 35.00	\$ 40.00	\$ 40.00
רפואת שיניים	\$ 49.00	40%	50%	55%	60%	100%
עלות תרופה בבית המרקחת	\$ 2.00	\$ 4.00	\$ 6.00	\$ 8.00	\$ 10.00	100%
רמה בסולם	A	B	C	D	E	F**
קו העוני 2020	100%	125%	150%	175%	200%	250%
גודל המשפחה	הכנסה שנתית מקסימלית					
1	12,760	15,950	19,140	22,330	25,520	31,900
2	17,240	21,550	25,860	30,170	34,480	43,100
3	21,720	27,150	32,580	38,010	43,440	54,300
4	26,200	32,750	39,300	45,850	52,400	65,500
5	30,680	38,350	46,020	53,690	61,360	76,700
6	35,160	43,950	52,740	61,530	70,320	87,900
7	39,640	49,550	59,460	69,370	79,280	99,100
8	44,120	55,150	66,180	77,210	88,240	110,300
9	48,600	60,750	72,900	85,050	97,200	121,500
10	53,080	66,350	79,620	92,890	106,160	132,700
11	57,560	71,950	86,340	100,730	115,120	143,900
12	62,040	77,550	93,060	108,570	124,080	155,100
13	66,520	83,150	99,780	116,410	133,040	166,300
14	71,000	88,750	106,500	124,250	142,000	177,500
ליחיד	\$ 4,480.00	\$ 5,600.00	\$ 6,720.00	\$ 7,840.00	\$ 8,960.00	\$ 11,200.00

חתימה של המטופל/ת או האפוטרופוס/ית: _____ תאריך _____

חתימה של צוות CHEMED: _____ תאריך _____