

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

אזרחות (סעיף הנדרש רק עבור ניו ג'רזי LOA): אזרחות אמריקאית / גרין קארד (יש) / מצב משפחתי: רווק / נשוי / פרוד / גרוש / אלמן / לציין תאריך רישום) לא אזרחות אמריקאית

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	(AOL JN) 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
			שבוועי	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"		משרה חלקית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
		מלאה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

 שבוועי 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

 Medicaid

 ביטוח פרטי
 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/ת כי בהתבסס על המידע שלעיל, יתכן שאיני זכאי/ת לסיוע כספי. אני מבין/ת כי יתכן שתידרש בדיקה לצורך זכאותי לסיוע כספי. אם איני זכאי/ת לסיוע כספי, אני מבין/ת 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*	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%
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%
רדילוגיה	\$ 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%
עלות 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 העוני 2021	100%	125%	150%	175%	200%	250%	more
גודל המשפחה	הכנסה שנתית מקסימלית						
1	12,880	16,100	19,320	22,540	25,760	32,200	32,201
2	17,420	21,775	26,130	30,485	34,840	43,550	43,551
3	21,960	27,450	32,940	38,430	43,920	54,900	54,901
4	26,500	33,125	39,750	46,375	53,000	66,250	66,251
5	31,040	38,800	46,560	54,320	62,080	77,600	77,601
6	35,580	44,475	53,370	62,265	71,160	88,950	88,951
7	40,120	50,150	60,180	70,210	80,240	100,300	100,301
8	44,660	55,825	66,990	78,155	89,320	111,650	111,651
9	49,200	61,500	73,800	86,100	98,400	123,000	123,001
10	53,740	67,175	80,610	94,045	107,480	134,350	134,351
11	58,280	72,850	87,420	101,990	116,560	145,700	145,701
12	62,820	78,525	94,230	109,935	125,640	157,050	157,051
13	67,360	84,200	101,040	117,880	134,720	168,400	168,401
14	71,900	89,875	107,850	125,825	143,800	179,750	179,751
ליחיד	\$ 4,540.00	\$ 5,675.00	\$ 6,810.00	\$ 7,945.00	\$ 9,080.00	\$ 11,350.00	

* 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

החתימה של המטופל/ת או האפונטרופוס/ית: _____ תאריך _____

החתימה של צוות CHEMED: _____ תאריך _____