

新泽西州医院护理付款援助计划：
申请表

身份证明、收入证明及资产证明必须与本申请表一并提供。递交所有要求提供的文件的副本。不要递交原始文件，
因为原始文件将不会被返还。

I. 个人信息

1. 患者姓名 _____ (姓) _____ (名) _____ (中间名首字母)		社保编号 _____ - _____ - _____
3. 申请日期 ____ / ____ / ____ 年 月 日	4. 首次服务日期 ____ / ____ / ____ 年 月 日	5. 要求提供服务的日期 ____ / ____ / ____ 年 月 日
6. 患者的街道地址 _____		7. 电话号码 ____ () _____ - _____
8. 城市、州、邮政编码 _____		9. 家庭人口数* _____
10. 美国公民身份 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申请待定		11. 在新泽西州居住 3 个月的证明 是 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12. 担保人姓名 (若非患者) _____		13. 患者是否超过 65 岁? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 包括 CWF
14. 患者是否有保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

II. 资产标准 (官方使用)

15. 个人资产: _____

16. 家庭资产: _____

17. 资产包括:

- A. 现金 _____
- B. 储蓄账户 _____
- C. 活期存款账户 _____
- D. 定期存单/I.R.A. _____
- E. 不动产中的股权 (不包括主要住所) _____
- F. 其它资产 (国库券、可流通票据、
公司股票及债券) _____
- G. 总计I _____

*家庭人口数应包括本人、配偶及任何未成年子女。怀孕妇女计为两名家庭成员。

申请表（续）

III. 收入标准

确定医院护理援助的申请资格时，成人必须使用配偶的收入及资产；未成年子女必须使用父母的收入及资产。收入证明必须与本申请一并提供。

收入系基于服务日期前十二个月、三个月或一个月的收入加以计算。

患者/家庭总收入等于下述较低者：

过去十二个月	或	过去三个月 X4	或	上一个月 X12

18. 收入来源

每周、 每月、 每年

- A. 扣费前的薪水/工资
- B. 公众援助
- C. 社保福利
- D. 失业 & 工伤赔偿
- E. 退伍军人福利
- F. 赡养费/子女抚养费
- G. 他们的财政支持
- H. 退休金支付
- I. 保险或年金付款
- J. 股息/利息
- K. 租金收入
- L. 净营业收入（自我雇佣/
独立来源验证）
- M. 其它（罢工福利、培训津贴、军人家庭拨款、遗产及信托收益）
- N. 总计

IV. 申请人证明

本人理解本人提交的资料将受正当健康护理机构及联邦或州政府的验证。蓄意不实陈述该等事实将使本人承担所有的医院费用并受到民事处罚。

若健康护理机构要求，本人将就医院费用的支付申请政府或私人医疗援助。

本人证明与本人家庭人口数、收入及资产有关的上述资料真实准确。

本人理解本人有责任就本人收入或资产状况的任何变动告知医院。

19. 患者或担保人签字

20. 日期

患者的主要证明

患者姓名: _____

账号: _____

服务日期: _____

地址: _____

请填写名字首字母确认

____ 本人和/或本人配偶证明本人/我们无收入并一直无收入, 无收入期自 ____/____/____ 至 ____/____/____

____ 本人和/或本人配偶证明本人并无慈善护理申请中所列的资产。

____ 本人和/或本人配偶证明本人无家可归并一直无家可归, 自 ____/____/____

____ 本人和/或本人配偶证明本人/我们未参加可报销本人未清偿的医院服务费用的医疗保险

____ 本人证实本人的姓名为_____。我无法提供有关身份的证明, 因为: _____

(说明原因)

____ 本人和/或本人的配偶证明本人/我们有收入。我们的总收入/现金收入为 \$ _____, 我们在获得付款时采用_____基准。

频率

____ 本人和/或本人的配偶证明本人在上述服务日期拥有资产, 资产总额为 \$ _____。

____ 本人和/或本人的配偶证明本人系新泽西州居民并计划将新泽西作为本人的居住地。
居住地: _____

____ 就本申请涉及的医疗服务而言, 本人证明本人并未且无意向可以从其处寻求全部或部分款项的任何第三方提出任何索赔(包括但不限于无过失、工伤赔偿、房主、保额不足或无保险机动车保险利益及侵权索赔)。本人理解并同意若提起任何索赔, Hackensack Meridian Health Pascack Valley 医学中心将取消其慈善护理服务并要求本人支付所有费用。本人亦同意在提起索赔时通知 Hackensack Meridian Health Pascack Valley 医学中心。

患者签名

正楷姓名

日期