

ニュージャージー州病院治療費援助プログラム  
参加申請書

身元証明、収入証明、および資産証明を添付してください。原本は返却されませんので、必須文書は複製を送付してください。

セクション I - 個人情報

1. 患者名  _____ (姓) _____ (名) _____ (ミドルイニシャル)		社会保障番号  ____ - ____ - _____
3. 申請日  ____ / ____ / ____ 年 月 日	4. サービス開始日  ____ / ____ / ____ 年 月 日	5. サービス要請日  ____ / ____ / ____ 年 月 日
6. 患者の所番地		7. 電話番号  ( ) - _____
8. 市、州、郵便番号		9. 世帯規模 *
10. 米国市民権  <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中		11. ニュージャージー州に3か月以上居住の証明あり  <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> なし
12. 保護者名 (患者以外の場合)		13. 患者は65歳以上ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> CWFを含む
14. 患者は保険に加入していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

セクション II - 資産基準 (事務所記入欄)

15. 個人資産 : \_\_\_\_\_

16. 世帯資産 : \_\_\_\_\_

17. 資産内容 :

A. 現金 \_\_\_\_\_

B. 普通預金口座 \_\_\_\_\_

C. 当座預金口座 \_\_\_\_\_

D. 譲渡性預金 (CD)/ I.R.A. \_\_\_\_\_

E. 不動産 (主要居住地以外) \_\_\_\_\_

F. その他の資産 (財務省証券、有価証券、  
会社株式と債券) \_\_\_\_\_

G. 合計 **\$ 0.00**

\*世帯規模には自身、配偶者、および全ての未成年者が含まれます。妊娠中の女性は二人として数えられます。

参加申請書 (続き)

セクション III – 収入基準

病院治療費援助の資格の判定においては、成人の箇所には配偶者の収入と資産を記入し、未成年者には親の収入と資産を記入します。必ず収入証明書を申請書に添付してください。

収入は、サービスを受けた日付以前の 12 か月、3 か月、または 1 か月の収入のいずれかに基づいて計算します。

患者/世帯の総収入は以下のどちらか少ない方に相当します：

過去 12 か月	または	過去 3 か月 X4	または	過去 1 か月 X12

18. 収入源

		週次	月次	年次
A. 控除前の給料/賃金		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 公的援助		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 社会保障給付		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 失業 & 労働者災害補償		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 復員軍人給付		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 扶助料/養育費		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 扶養家族の金銭的支援		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 年金支給		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 保険または年間配当金支給		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 配当金/利子		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 賃貸収入		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 事業純収入 (自営/独立した情報源により検証済み)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. その他 (ストライキ手当、訓練給付金、軍人家族配当金、遺産および信託からの収入)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 合計	\$ 0.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

セクション IV – 申請者による証明

私が提出する情報は適切な医療施設および連邦または州政府による検証の対象になることを理解しています。故意に誤った情報を提供した場合は、病院によって請求された全額を支払う責を負い、民事罰の対象になることを理解します。

医療施設によって要請される場合は、私は病院が請求する医療費の支払いについて、政府または民間医療援助を申請することに同意します。

私の世帯規模、収入、資産に関する上記の情報は真実であり、正確であることを証明します。

私の収入または資産について変更があった場合に、病院に通知することは私の責任であることを理解しています。

19. 患者または保護者の署名

20. 日付

## 患者の主要証明

患者名： \_\_\_\_\_ 口座番号： \_\_\_\_\_

サービス日： \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

### イニシャル記入

\_\_\_\_\_ 私および/または私の配偶者は、私/私たちに収入がないこと、および\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
から\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日までの期間に収入がなかったことを証明します。

\_\_\_\_\_ 私および/または私の配偶者は、慈善医療申請書に記入の通り、資産がないことを証明します。

\_\_\_\_\_ 私および/または私の配偶者は、私がホームレスであり、\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日以来ホームレスである  
ことを証明します。

\_\_\_\_\_ 私および/または私の配偶者は、私の病院サービスの残高を支払う医療保険がないことを証明します。

\_\_\_\_\_ 私は、自分の名前が \_\_\_\_\_ であることを証明します。私は

身元の証明を提供できません。理由は： \_\_\_\_\_  
(理由を記入)

\_\_\_\_\_ 私および/または私の配偶者は、私/私たちに収入のあることを証明します。私たちの総/現金収入は  
\$ \_\_\_\_\_ で、受け取りは \_\_\_\_\_ 毎です。  
頻度

\_\_\_\_\_ 私および/または私の配偶者は、上記のサービス日に額が \$ \_\_\_\_\_ の資産があることを証明します。

\_\_\_\_\_ 私および/または私の配偶者は、私はニュージャージー州の居住者で、ニュージャージー州に居住し続  
ける予定であることを証明します。

住所： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 私は、この申請書に関連した医療サービスについて、全額または一部を、第三者に対して支払い請求  
したことはなく、またその予定もないことを証明します（無過失請求、労働者災害補償、自家所有  
者、一部保険または無保険ドライバーの保険金と不法行為請求を含みますがこれらに限りません）。  
その様な請求が行われる場合、Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center が慈善医療を  
撤回し、私に費用の全額を請求することを、私は理解し、同意します。私はまた、そのような請求が  
行われた際にはHackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center に通知することに同意します。

患者の署名

名前（活字体）

日付