



뉴저지 병원 치료비 보조 프로그램

가입 신청서

신분증명서, 수입증명서 및 자산증명서를 신청서에 첨부해야 합니다. 이러한 문서는 모두 사본을 보내십시오. 제출한 문서는 반환되지 않으므로 원본 문서를 보내지 마십시오.

섹션 I – 개인 정보

1. 환자 이름			사회 보장 번호
(성)		(이름)	(가운데 이름)
3. 신청일		4. 서비스 시작일	5. 서비스 요청일
년	월	년	년
/ /	/ /	/ /	/ /
6. 환자의 주소			7. 전화번호 () -
8. 시, 주, 우편번호			9. 가족 수 *
10. 미국 시민권		11. 뉴저지주에서 3개월 거주 증명	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 계류 중인 신청		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
12. 보증인 이름(환자가 아닌 경우)		13. 환자는 65세 이상입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> CWF 포함됨	
14. 환자는 보험이 적용됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			

섹션 II – 자산 기준(사무용)

15. 개인 자산:

16. 가족 자산:

17. 자산에는 다음이 포함됩니다.

- A. 현금
- B. 보통예금 계좌
- C. 당좌예금 계좌
- D. 양도성 예금증서 / I.R.A.
- E. 부동산의 자기자본(주거주지 제외)
- F. 기타 자산(미 재무부 단기 채권, 유통 어음, 주식 및 채권)
- G. 합계

\$ 0.00

* 가족 수는 본인, 배우자와 모든 미성년 자녀를 포함합니다. 임신부는 두 명의 가족 구성원으로 간주됩니다.



가입 신청서(계속)

섹션 III – 수입 기준

병원 치료비 보조 수급 자격을 결정할 때 배우자의 수입과 자산은 성인에 대해 사용해야 하며, 부모의 수입과 자산은 미성년자 자녀에 대해 사용해야 합니다. 수입증명서를 신청서에 첨부해야 합니다.

수입은 서비스 시작일 전 12개월, 3개월 또는 1개월 수입을 계산한 금액에 근거합니다.

부모/가족 총 수입은 다음 중 작은 것이 됩니다.

<input type="checkbox"/> 지난 12개월	또는	<input type="checkbox"/> 지난 3개월 X4	또는	<input type="checkbox"/> 지난 1개월 X12
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

18. 수입원

	주별	월별	연별
A. 급여/공제 전 임금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 공공 보조	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 사회 보장 혜택	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 실업급여 및 노동자 재해 보상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 재향 군인 혜택	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 위자료/자녀 양육비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 금전적 지원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 연금 지급금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 보험 또는 기타 연금 지급금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 배당금/이자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 임대 수입	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 순 사업 소득(자영업/독립적인 출처에 의해 확인됨)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 기타(파업 수당, 교육 수당, 군인 가족 수당, 부동산 및 신탁 수입)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 합계	\$ 0.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



섹션 IV – 신청자의 확인

저는 제가 제출한 정보를 해당 의료 시설 및 연방 또는 주 정부에서 확인함을 이해합니다. 저는 이러한 사실을 고의적으로 허위 진술했을 경우 모든 병원비를 부담하고 민사 상 처벌을 받을 수 있습니다.

의료 시설에서 요청할 경우 저는 병원 청구서 지불을 위해 정부 또는 민영 의료 보조를 신청할 것입니다.

저는 위에 기재한 저의 가족 수, 수입 및 자산에 관한 정보가 진실하며 정확함을 확인합니다.

저는 책임지고 저의 수입 또는 자산과 관련된 모든 변경 사항을 병원에 통보해야 함을 이해합니다.

19. 환자 또는 보증인 서명

20. 날짜



환자 기본 증명

환자 이름: _____

계정 번호: _____

서비스 날짜: _____

주소: _____

의니셜을 기입하십시오

_____ 저 및/또는 저의 배우자는 제/우리가 수입이 없고 ____/____/____ 부터 ____/____/____ 까지 수입이 없었음을 증명합니다.

_____ 저 및/또는 저의 배우자는 채러티 케어 신청서에 명시한 대로 제가 자산이 없음을 증명합니다.

_____ 저 및/또는 저의 배우자는 제가 ____/____/____ 부터 노숙자였음을 증명합니다.

_____ 저 및/또는 저의 배우자는 제/우리가 저의 병원비 미납액을 보상할 의료보험에 없음을 증명합니다.

_____ 저는 저의 이름이 _____ 임을 증명합니다. 제가 신분증명서를

제공할 수 없는 이유: _____
(이유 설명)

_____ 저 및/또는 저의 배우자는 제/우리가 수입이 있음을 증명합니다. 우리의 총/현금 수입은 \$_____이고 우리는 수입이 _____마다 있습니다.
번도

_____ 저 및/또는 저의 배우자는 자산이 있고 저는 위에 명시한 서비스일 부로 \$_____ 금액의 자산이 있음을 증명합니다.

_____ 저 및/또는 저의 배우자는 제가 뉴저지 거주자이고 지속적으로 뉴저지에서 거주하기를 원함을 증명합니다.

거주지 주소: _____

_____ 저는 본 신청서와 관련된 의료 서비스에 대해 일부 또는 전액 지급을 위한 청구를 제3자에 대해 제소하지 않았고 제소할 의도가 없음을 증명합니다(무과실, 산재보상, 주택 소유자, 보험액이 충분하지 않거나 보험에 가입하지 않은 운전자 보험에 대한 청구 및 불법행위 배상이 포함되나 이에 국한되지 않음). 저는 해당 청구가 제소되는 경우 Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center는 채러티 케어를 취소하고 저에게 모든 병원비를 부과할 수 있음을 이해하며 동의합니다. 저는 또한 청구가 제소될 때 Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center에 통보할 것을 동의합니다.
