

新泽西医护费用援助计划 参加申请表

本申请表必须随附身份证明、收入证明和资产证明。
发送所有所需文件的副本。不要发送原件，因为它们不会被退回。

第一部分 - 个人信息

1. 患者姓名 _____ (姓) (名) (中间名)		社会保障号码 _____ - _____ - _____
3. 申请日期 ____ / ____ / ____ 月 日 年	4. 最初的服务日期 ____ / ____ / ____ 月 日 年	5. 要求的服务日期 ____ / ____ / ____ 月 日 年
6. 患者的街道地址 _____ _____ _____		7. 电话号码 (____) _____ - _____
8. 城市, 州, 邮政编码 _____		9. 家庭人数* _____
10. 美国公民身份 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 待申请	11. 新泽西州 3 个月居住证明 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
12. 保证人姓名 (如果不是患者) _____	13. 患者是否 65 岁以上? <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		

第二部分 - 资产标准

- 15. 个人资产:** _____
- 16. 家庭资产:** _____
- 17. 资产包括:**
- A. 现金 _____
 - B. 储蓄账户 _____
 - C. 支票帐户 _____
 - D. 存款证/I.R.A. _____
 - E. 不动产净值 (主要住宅除外) _____
 - F. 其他资产 (国库券、可流通票据、公司股票和债券) _____
 - G. 共计 _____

*家庭人数, 包括自己、配偶和任何未成年子女。一名孕妇算作两名家庭成员。

参加申请表 (续)

第三部分 - 收入标准

在确定是否有资格获得医护援助时，配偶的收入和资产必须用于成年人；父母的收入和资产必须用于未成年子女。本申请表必须随附收入证明。

收入的计算依据是服务日期前十二个月、三个月或一个月的收入。

患者/家庭总收入为以下较小者：

过去 12 个月	过去 3 个月 X4	过去 1 个月 X12	过去 1 个月 X13

18. 收入来源

	每周	每月	每年
A. 扣减前的薪酬/工资	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 公共援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 社会保障福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 失业赔偿和工人赔偿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 退伍军人福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 赡养费/子女抚养费	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 他们的货币支持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 抚恤金支付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 保险或年金支付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 股息/利息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 租金收入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 净营业收入（个体经营/经独立来源核实）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 其他（罢工福利、培训津贴、军人家庭拨款，收入来自 房地产和信托）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 共计	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第四部分 - 申请人的保证

本人了解，我提交的信息需要经过适当的医疗机构和联邦或州政府的核实。故意虚假陈述事实将使我承担所有医院费用并受到民事处罚。

如果医疗机构提出要求，我将申请政府或私人医疗援助以支付医药费。

本人保证，以上有关我的家庭人数、收入和资产的信息均真实无误。

本人了解，若本人收入或资产状况有任何变化，我有责任通知医院。

19. 患者或担保人签名

20. 日期

患者主要证明事项

患者姓名: _____ 账号: _____

服务日期: _____

请签写名字首字母

____ 我和/或我的配偶证明我/我们没有任何收入, 且从 ___/___/___ 到 ___/___/___ 没有任何收入。

____ 我和/或我的配偶证明我没有慈善护理申请中列出的资产。

____ 我和/或我的配偶证明我无家可归且自 ___/___/___ 以来无家可归。

____ 我证明我入院时没有医疗保险。

____ 我证明我的名字是 _____。 我无法提供身份证明,

因为: _____
(说明原因)

____ 我和/或我的配偶证明我/我们没有任何收入。 我的总/现金收入是 \$ _____ 我们获得收入的频率是 _____。
频率

____ 我和/或我的配偶证明, 在上述服务日期我拥有资产的金额为 \$ _____。

____ 我和/或我的配偶证明我是新泽西的公民且打算一直住在新泽西。

____ 我证明我尚未也不打算向任何第三方(我可以针对申请相关的医疗服务向其寻求全部或部分付款)提出索赔(包括但不限于无过失赔偿、工伤赔偿、房屋所有人、投保不足或未投保的机动车保险利益和侵权赔偿)。我理解并同意, 如果有任何这样的索赔, **Jefferson Health** 可能撤回其慈善护理, 并要求我支付所有费用。我还同意在提出索赔时通知 **Jefferson Health**。

患者签名

打印体姓名

日期

新泽西除外条款证明 医院援助计划

我， _____， 已经获悉 新泽西医院援助计划 (NJHAP)
患者姓名
仅针对 **Jefferson Health** 账单。

我明白，我可能须负责与本人护理有关的私人医生费用。急诊科医生，阅读和为我解释检查情况的医生（例如放射科医生、病理学家、心脏病专家、，麻醉医生）以及所有其他治疗医生均无需遵循 **NJHAP** 的折扣。

我进一步了解，我将需要为所有纳入我的护理的医生或针对医生办公室或计费公司直接提供的解读服务作出单独的付款安排。

患者签名

日期