

新泽西医院援助计划 所需文件清单

请提交以下物项：

- I. 身份证明（父母/监护人、配偶和孩子）**
- A. 有效的驾照 -或-
 - B. 出生证明 -或-
 - C. 社会保险卡 -或-
 - D. 护照
- II. 新泽西居住证明 —— 日期为截至服务日期/截至服务日期有效**
- A. 新泽西契据或房屋租赁合同 -或-
 - B. 新泽西驾照 -或-
 - C. 带有邮戳的信封的邮件 -或-
 - D. 水电费账单
- III. 收入证明 —— 日期为截至服务日期**
- A. 针对以下时间段的带有雇主名称的工资单
 - 1. 之前 12 个月的工资单 -或-
 - 2. 之前 3 个月的工资单 -或-
 - 3. 之前 1 个月的工资单 -或-
 - B. 其它（若适用）：
 - 1. 雇主提供的印有公司抬头的信函，注明总工资
 - 2. 社会保险授予通知
 - 3. 每月抚恤金、子女抚养费、赡养费等证明。
 - 4. 配偶/子女收入证明
 - 5. 失业证明
 - 6. 之前 3 个月和上一年度的纳税申报单的损益
- IV. 资产证明 —— 截至服务日期余额**
- A. 银行/信用合作社的签名信函（在信头位置），说明所有帐户的确切余额
 - B. 储蓄账户结算单
 - C. 活期存款结算单
 - D. IRA 结算单
 - E. 定期存款、储蓄债券、股票、401(k)、403b 等
 - F. 定期人寿保险的现金价值
 - G. PayPal、Venmo 等
- V. 任何/所有公共援助机构的拒绝函（如果有）**
- VI. 若无收入，则资助患者之人的资助信函**

新泽西医院援助计划申请工作会于周一至周五早上 8:30 至下午 4:00 在注册办公室进行。无需预约，但是推荐您进行预约。无论您的服务是在哪里提供的，您都可以在您最容易到达的园区内进行预约。

如需预约或有任何疑问，请致电：

| | |
|-----------------------|--------------|
| Washington Twp. ----- | 833-958-2198 |
| Stratford ----- | 833-958-2198 |
| Cherry Hill ----- | 833-958-2198 |

预约日期 _____ 预约时间 _____