

뉴저지주 병원 치료비 지원 프로그램
가입 신청서

이 신청서는 신원 증명서, 소득 증명서, 재산 증명서와 함께 제출해야 합니다.
모든 요청된 문서의 사본을 발송하십시오. 서류를 반환하지 않으므로 원본을 발송하지 마십시오.

섹션 I – 개인 정보

1. 환자 이름 _____ (성) _____ (이름) _____ (미들네임 이니셜)		사회보장번호 ____ - ____ - _____
3. 신청일 ____ / ____ / ____ 월 일 연도	4. 최초 서비스 제공일 ____ / ____ / ____ 월 일 연도	5. 요청된 서비스 제공일 ____ / ____ / ____ 월 일 연도
6. 환자의 주소 중 거리명 및 번지수		7. 전화번호 (____) _____ - _____
8. 시, 주, 우편번호		9. 가족 구성원 수 *
10. 미국 시민권 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 신청 진행 중		11. 뉴저지 주 3개월 거주 증빙 서류 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
12. 보증인 이름(환자와 다른 경우)	13. 환자가 65세 이상입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> CWF 포함	
14. 환자에게 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		

섹션 II – 재산 기준

15. 개인의 자산: _____

16. 가족 자산: _____

17. 자산 내역:

- A. 현금 _____
- B. 세이빙 계좌 _____
- C. 체크 계좌 _____
- D. 예금증서(CD) / I.R.A. _____
- E. 부동산(주 거주지 제외) _____

F. 기타 자산(재정 증권, 어음,
기업 주식 및 채권) _____

G. 합계 _____

* 가족 구성원 수에는 본인, 배우자, 미성년자 자녀가 포함됩니다. 임신부는 2명으로 간주합니다.

가입 신청서(계속)

섹션 III – 소득 기준

병원비 지원에 대한 자격을 결정할 때 성인의 경우 배우자의 소득과 자산을 적용하고, 미성년자 자녀의 경우 부모의 소득과 재산을 적용해야 합니다. 이 신청서와 소득 증명서를 함께 제출해야 합니다.

소득은 서비스 제공일로부터 12개월, 3개월 또는 1개월 전 소득을 계산한 것을 기준으로 합니다.

환자 / 가구 총 소득은 다음 중 가장 적은 것으로 합니다.

지난 12개월	지난 3개월 X4	지난 1개월 X12	지난 1개월 X13

18. 소득원

		매주	매월	매년
A. 공제전 급여 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 공적 부조 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 사회보장 수당 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 실업 보조금 및 산재보험 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 퇴역군인 보조금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 이혼 수당 / 양육비 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 금전적 지원 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 연금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 보험금 또는 연금보험 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 배당금 / 이자 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 임대 소득 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 순 사업소득(자영업/독립 소스로부터 검증됨) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 기타(파업 수당, 교육비, 군인 가족 수당, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

부동산 및 트러스트 소득) _____

N. 합계 _____

섹션 V – 신청인의 증명

본인은 본인이 제출한 정보를 해당 의료시설 및 연방 정부나 주 정부가 검증할 수 있음을 이해합니다. 이러한 정보를 고의적으로 허위 진술할 경우, 모든 병원비를 본인이 부담하며, 민사상 처벌을 받을 수 있습니다.

의료 시설이 요청할 경우, 본인은 병원비 납부를 위해 정부 또는 민간 의료 지원을 신청할 것입니다.

본인의 가족 구성원 수, 소득, 자산 등에 관한 상기 정보는 사실이며 정확함을 증명합니다.

본인은 본인의 소득이나 자산 상태의 변화에 대해 병원에 통지할 책임이 있음을 이해합니다.

19. 부모 또는 보증인의 서명**20. 날짜**

환자 일차 증명

환자 이름: _____ 계좌 번호: _____

서비스 날짜: _____

아래에 이니셜 기입

___ 본인 및/또는 배우자는 본인/우리가 소득이 없으며 ___/___/___ ~ ___/___/___ 이후로 소득이 없음을 증명합니다.

___ 본인 및/또는 배우자는 자선 치료 신청에 나열된 바와 같이 본인에게 자산이 없음을 증명합니다.

___ 본인 및/또는 배우자는 본인이 노숙자이며 ___/___/___ 이후부터 노숙자였음을 증명합니다.

___ 본인은 병원 입원 시 의료 보험이 없음을 증명합니다.

___ 본인은 본인의 이름이 _____ 임을 증명합니다.

본인은 다음과 같은 사유로 신원 증명을 제공할 수 없습니다 –

(사유 명시)

____ 본인 및/또는 배우자는 본인/우리에게 소득이 있음을 증명합니다. 우리의 순/현금 소득은 \$ _____ 이며 우리는 _____ 을(를) 기준으로 지급 받았습니다.
빈도

____ 본인 및/또는 배우자는 본인이 상기 서비스 날짜에 \$ _____ 에 해당하는 자산을 보유하고 있음을 증명합니다.

____ 본인 및/배우자는 본인이 뉴저지 주의 거주자이며 뉴저지 주를 거주지로 유지할 것임을 증명합니다.

____ 본인은 본 신청과 관련된 의료 서비스에 대해 일부 또는 전액의 지불금을 받기 위해 제 3자에게 청구를 하지 않았으며 그러할 의도가 없음을 증명합니다(무과실, 산재보험, 주택 소유주 보험, 충분치 않게 가입한 운전자 보험 혜택 또는 보험에 가입하지 않음 및 불법 행위 청구가 포함되지만 이에 국한되지 않음). 본인은 해당 청구가 수행되는 경우, **Jefferson Health** 가 자선 치료를 철회하고 본인에게 전액을 청구하는 것을 이해하고 이에 동의합니다. 본인은 또한 청구가 제출되면 **Jefferson Health** 에 통지할 것임에 동의합니다.

환자 서명

이름(정자체)

날짜

뉴저지 주로부터의 배제 증명 병원 지원 프로그램

본인, _____ 은(는) 다음에 대한 정보를 받았습니다.
이름(정자체)

New Jersey Hospital Assistance Program (NJHAP)은 **Jefferson Health** 의 청구만을 위한 것입니다. 본인은 치료와 관련한 민간 의사 수수료에 대한 책임이 본인에게 있을 수 있음을 이해합니다. 응급학과 의사, 방사선 전문의, 병리학자 및 심장병 전문의 등과 같이 검사를

판독하고 해석하는 의사, 마취과 의사 및 모든 기타 치료 의사는 **NJHAP** 할인을 준수할 필요가 없습니다.

본인은 또한 의사 진료소 또는 청구 회사에서 직접 제공한 서비스의 해석 또는 치료와 관련하여 모든 의사에게 별도로 지급해야 한다는 점도 이해합니다.

환자 서명

날짜