

**Chương Trình Hỗ Trợ Thanh Toán Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Của New Jersey  
ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA**

PHẢI GỬI KÈM GIẤY TỜ CHỨNG MINH DANH TÍNH, GIẤY TỜ CHỨNG MINH THU NHẬP, VÀ GIẤY TỜ CHỨNG MINH TÀI SẢN CÙNG ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY.  
HÃY GỬI BẢN SAO CỦA TẤT CẢ CÁC TÀI LIỆU BẮT BUỘC. KHÔNG GỬI BẢN GỐC, VÌ CHÚNG SẼ KHÔNG ĐƯỢC TRẢ LẠI.

**PHẦN I – Thông Tin Cá Nhân**

1. TÊN BỆNH NHÂN:  _____ (Họ) _____ (Tên) _____ (Tên đệm)		SỐ AN SINH XÃ HỘI  _____ - _____ - _____
3. NGÀY NỘP ĐƠN ĐĂNG KÝ  ____/____/____ Tháng Ngày Năm	4. NGÀY NHẬN DỊCH VỤ ĐẦU TIÊN  ____/____/____ Tháng Ngày Năm	5. NGÀY DỊCH VỤ ĐƯỢC YÊU CẦU  ____/____/____ Tháng Ngày Năm
6. ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ CỦA BỆNH NHÂN		7. SỐ ĐIỆN THOẠI  (____) _____ - _____
8. THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ ZIP		9. QUY MÔ GIA ĐÌNH*
10. TÌNH TRẠNG CÔNG DÂN HOA KỲ  <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đang Nộp Hồ Sơ		11. GIẤY TỜ CHỨNG MINH NƠI CƯ TRÚ 3 THÁNG TẠI TIỂU BANG NJ  <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
12. TÊN NGƯỜI BẢO LÃNH (Nếu không phải là bệnh nhân)		13. BỆNH NHÂN CÓ TRÊN 65 TUỔI KHÔNG?  <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bao gồm CWF
14. BỆNH NHÂN CÓ BẢO HIỂM BAO TRẢ KHÔNG? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

**PHẦN II - Các Tiêu Chí Về Tài Sản**

15. Tài Sản Cá Nhân: \_\_\_\_\_

16. Tài Sản Của Gia Đình: \_\_\_\_\_

17. Các Tài Sản Bao Gồm:

- A. Tiền Mặt \_\_\_\_\_
- B. Tài Khoản Tiết Kiệm \_\_\_\_\_
- C. Tài Khoản Thanh Toán \_\_\_\_\_
- D. Chứng Nhận Gửi Tiền / I.R.A. \_\_\_\_\_
- E. Giá Trị Bất Động Sản (ngoài nơi cư trú chính) \_\_\_\_\_
- F. Các Tài Sản Khác (Hóa Đơn Kho Bạc, giấy thương lượng, Trái phiếu và cổ phiếu công ty) \_\_\_\_\_
- G. Tổng \_\_\_\_\_

\* Quy mô gia đình bao gồm bản thân, vợ/chồng và bất kỳ trẻ vị thành niên nào. Phụ nữ có thai được tính là hai thành viên gia đình.

**ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA (Tiếp theo)**

## PHẦN II - Các Tiêu Chí Về Thu Nhập

Khi xác định điều kiện hội đủ nhận hỗ trợ chăm sóc tại bệnh viện, phải sử dụng thu nhập và tài sản của vợ/chồng đối với người lớn; phải sử dụng thu nhập và tài sản của cha mẹ đối với trẻ vị thành niên. Phải nộp giấy tờ chứng minh thu nhập kèm với đơn đăng ký này.

Thu nhập được tính toán dựa trên thu nhập trong mười hai tháng, ba tháng hoặc một tháng trước ngày nhận dịch vụ.

Tổng Thu Nhập của Bệnh Nhân / Gia Đình bằng phần thấp hơn của:

12 Tháng Vừa Qua	3 Tháng Vừa Qua X4	1 Tháng Vừa Qua X12	1 Tháng Vừa Qua X13

### 18. NGUỒN THU NHẬP

	Hàng tuần	Hàng tháng	Hàng năm
A. Tiền Công/Tiền Lương Trước Khi Khấu Trừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trợ Cấp Công Cộng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Phúc Lợi An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Bồi Thường Thất Nghiệp & Bồi Thường Cho Người Lao Động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Phúc Lợi Cựu Chiến Binh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng / Cấp Dưỡng Nuôi Con	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Hỗ Trợ Tiền Bạc Của Họ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Các Khoản Thanh Toán Lương Hưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Các Khoản Thanh Toán Bảo Hiểm hoặc Niên Kim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Cổ Tức / Tiền Lãi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Thu Nhập Cho Thuê Nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Thu nhập kinh doanh ròng (tự kinh doanh/ được xác minh bởi nguồn độc lập)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Khác (phúc lợi đình công, trợ cấp đào tạo, trợ cấp cho gia đình quân nhân, thu nhập từ tài sản và quỹ tín thác)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Tổng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PHẦN IV – Xác Nhận Của Người Nộp Đơn

Tôi hiểu rằng các thông tin mà tôi nộp sẽ được xác minh bởi cơ sở chăm sóc sức khỏe thích hợp và Chính Quyền Liên Bang hoặc Tiểu Bang. Việc cố tình trình bày sai thông tin sẽ khiến tôi phải chịu trách nhiệm cho tất cả các chi phí tại bệnh viện và hình phạt dân sự.

Nếu cơ sở chăm sóc sức khỏe yêu cầu, tôi sẽ nộp đơn đăng ký hỗ trợ y tế tư nhân hoặc chính phủ để thanh toán hóa đơn bệnh viện.

Tôi xác nhận rằng thông tin phía trên về quy mô gia đình, thu nhập và tài sản của gia đình tôi là đúng và chính xác.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho bệnh viện bất kỳ thay đổi nào trong tình trạng thu nhập và tài sản của tôi.

19. Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Người Bảo Lãnh

20. Ngày

## Tuyên Thệ Chính của Bệnh Nhân

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Số Tài Khoản: \_\_\_\_\_

Ngày Nhận Dịch Vụ: \_\_\_\_\_

Vui lòng ký tắt

\_\_\_\_\_ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi/chúng tôi hiện không có thu nhập và chưa từng có thu nhập kể từ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ đến \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi không có tài sản nào như được liệt kê trong đơn đăng ký chăm sóc từ thiện.

\_\_\_\_\_ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi là người vô gia cư và đã vô gia cư kể từ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tôi tuyên thệ rằng tôi không có Bảo Hiểm Y Tế tại thời điểm tôi nhập viện.

\_\_\_\_\_ Tôi tuyên thệ rằng tên tôi là \_\_\_\_\_. Tôi không thể cung cấp giấy tờ chứng minh danh tính vì: \_\_\_\_\_  
(Nêu Rõ Lý Do)

\_\_\_\_\_ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi/chúng tôi có thu nhập. Tổng thu nhập/tiền mặt của chúng tôi là \$ \_\_\_\_\_ và chúng tôi được trả tiền trên cơ sở \_\_\_\_\_.  
Tần Suất

\_\_\_\_\_ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi có tài sản vào ngày nhận dịch vụ ở trên với số tiền là \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi là cư dân của New Jersey và dự định sẽ tiếp tục cư trú tại New Jersey.

\_\_\_\_\_ Tôi tuyên thệ rằng tôi không đưa ra và không có ý định đưa ra yêu cầu thanh toán với bất kỳ bên thứ ba nào mà tôi có thể được nhận thanh toán, toàn bộ hay một phần, cho các dịch vụ y tế có liên quan đến đơn đăng ký này (bao gồm nhưng không chỉ gồm, yêu cầu thanh toán bảo hiểm không tính đến lỗi sai, bồi thường cho người lao động, phúc lợi bảo hiểm cho chủ nhà, phúc lợi bảo hiểm cho lái xe có bảo hiểm thấp hoặc không có bảo hiểm và yêu cầu thanh toán thiệt hại). Tôi hiểu và đồng ý rằng, nếu tôi đưa ra bất kỳ yêu cầu thanh toán nào như vậy, Jefferson Health có thể rút lại dịch vụ chăm sóc từ thiện của mình và yêu cầu tôi thanh toán mọi chi phí. Tôi cũng đồng ý thông báo với Jefferson Health khi tôi nộp một yêu cầu thanh toán.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Bệnh Nhân

\_\_\_\_\_  
Tên Viết In Hoa

\_\_\_\_\_  
Ngày

## **Tuyên Thệ Ngoại Trừ Từ Chương Trình Hỗ Trợ Tại Bệnh Viện Của New Jersey**

Tôi, \_\_\_\_\_, đã được thông báo rằng  
TÊN BỆNH NHÂN  
Chương Trình Hỗ Trợ Tại Bệnh Viện Của New Jersey (NJHAP) chỉ dành cho các hóa đơn  
của Jefferson Health.

Tôi hiểu rằng tôi có thể phải chịu trách nhiệm cho các chi phí bác sĩ tư nhân có liên quan  
đến việc chăm sóc của tôi. Các Bác Sĩ tại Khoa Cấp Cứu, các bác sĩ đọc và giải thích xét  
nghiệm, như Bác Sĩ Chụp X-quang, Bác Sĩ Bệnh Học, Bác Sĩ Tim Mạch và Bác Sĩ Gây Mê/Gây  
Tê cũng như tất cả các bác sĩ điều trị khác không bắt buộc phải nhận khoản giảm giá NJHAP.

Ngoài ra, tôi cũng hiểu rằng tôi sẽ cần thực hiện sắp xếp thanh toán riêng biệt cho tất cả  
các bác sĩ liên quan đến việc chăm sóc của tôi hay giải thích các dịch vụ được cung cấp trực  
tiếp với văn phòng của bác sĩ hoặc công ty phụ trách lập hóa đơn.

\_\_\_\_\_  
CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN

\_\_\_\_\_  
NGÀY