

Chương trình trợ giúp thanh toán chi phí chăm sóc tại bệnh viện New Jersey
ĐƠN XIN THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH

PHẢI NỘP BẰNG CHỨNG DANH TÁNH CÁ NHÂN, BẰNG CHỨNG VỀ LỢI TỨC VÀ BẰNG CHỨNG TÀI SẢN CÙNG VỚI ĐƠN NÀY.
GỬI BẢN SAO CỦA TẤT CÁC GIẤY TỜ YÊU CẦU. XIN ĐỪNG GỬI BẢN CHÍNH VÌ SẼ KHÔNG ĐƯỢC TRẢ LẠI.

PHẦN I – Thông tin cá nhân

1. TÊN BỆNH NHÂN		SỐ AN SINH XÃ HỘI
_____ (tất)	_____ (Họ) _____ (Tên) _____ (Tên lót viết)	_____ - _____ - _____
3. NGÀY NỘP ĐƠN	4. NGÀY ĐƯỢC CẤP DỊCH VỤ ĐẦU TIÊN	5. NGÀY YÊU CẦU ĐƯỢC CẤP DỊCH VỤ
_____/_____/_____ Tháng Ngày Năm	_____/_____/_____ Tháng Ngày Năm	_____/_____/_____ Tháng Ngày Năm
6. ĐỊA CHỈ CỦA BỆNH NHÂN		7. ĐIỆN THOẠI CỦA BỆNH NHÂN
_____		(_____) _____ - _____
8. THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ BƯU ĐIỆN		9. SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH *
_____		_____
10. TÌNH TRẠNG CÔNG DÂN HOA KỲ	11. BẰNG CHỨNG ĐÃ SỐNG 3 THÁNG TRONG TIỂU BANG NEW JERSEY	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đang nộp đơn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
12. TÊN CỦA NGƯỜI BẢO ĐẢM (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"/> Đính kèm giấy CWF	
14. BỆNH NHÂN CÓ BẢO HIỂM KHÔNG? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

PHẦN II – Tiêu chuẩn về tài chính

15. Tài chính cá nhân: _____

16. Tài sản gia đình: _____

17. Tài sản gồm có:

- A. Tiền mặt _____
- B. Truong mục tiết kiệm _____
- C. Truong mục vãng lai _____
- D. Giấy chứng nhận ký thác / Quỹ I.R.A. _____
- E. Vốn trong bất động sản (không kể nhà ở chánh) _____
- F. Tài sản khác (công khổ phiếu, giấy chứng nhận trả tiền, chứng khoán công ty và trái phiếu) _____
- G. Tổng cộng _____

* Số người trong gia đình bao gồm bản thân, vợ/chồng và tất cả trẻ em vị thành niên. Phụ nữ mang thai được tính là hai người trong gia đình.

ĐƠN XIN THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH (tiếp theo)

PHẦN III – Tiêu chuẩn về lợi tức

Khi xác định tình trạng hội đủ để bệnh nhân được trợ giúp thanh toán chi phí chăm sóc tại bệnh viện, lợi tức và tài sản của người vợ, hay chồng, phải được áp dụng cho bệnh nhân người lớn; lợi tức và tài sản của cha mẹ phải được áp dụng cho trẻ vị thành niên. Phải đính kèm bằng chứng lợi tức theo đơn này.

Lợi tức được tính theo mười hai tháng, ba tháng hoặc một tháng lợi tức trước ngày được cung cấp dịch vụ.

Lợi tức trước khấu trừ của bệnh nhân/gia đình bằng hoặc ít hơn mức lợi tức sau đây:

Trong 12 tháng gần đây	hoặc	Trong 3 tháng gần đây X4	hoặc	Tháng trước X12

18. NGUỒN LỢI TỨC

	Hàng tuần	Hàng tháng	Hàng năm
A. Lương tháng / Lương giờ trước khấu trừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trợ cấp chính phủ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Quyền lợi an sinh xã hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Bảo hiểm thất nghiệp và Bồi thường lao động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Quyền lợi cựu chiến binh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Chu cấp cho vợ/Cấp dưỡng con cái	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Cấp dưỡng hiện kim của họ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Tiền hưu trí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Tiền bảo hiểm hoặc niên kim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Cổ tức / Tiền lời tiết kiệm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Lợi tức cho thuê nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Lợi tức kinh doanh ròng (hành nghề tự do/ được cơ quan độc lập xác nhận)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Lợi tức khác (quyền lợi vì đình công, trợ cấp do tham gia huấn luyện, lương quân nhân dành riêng cho gia đình, lợi tức từ gia tài và quỹ tín thác)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Tổng cộng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHẦN IV – Xác nhận của người nộp đơn

Tôi hiểu rằng thông tin tôi nộp nơi đây sẽ được cơ sở chăm sóc sức khỏe phù hợp và Cơ quan chính phủ Liên bang hoặc Tiểu bang kiểm tra và xác nhận. Nếu khai sai sự thật những sự việc này, tôi sẽ phải chịu trách nhiệm trả tiền tất cả các chi phí bệnh viện và sẽ chịu hình phạt dân sự.

Nếu được cơ sở chăm sóc sức khỏe yêu cầu, tôi sẽ nộp đơn xin trợ cấp y tế của chính phủ hoặc tư nhân để thanh toán chi phí bệnh viện.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên về số người trong gia đình, lợi tức và tài sản của tôi là đúng sự thật và chính xác.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm báo cho bệnh viện biết mọi thay đổi liên quan đến tình trạng lợi tức hoặc tài sản của tôi.

19. Chữ ký của bệnh nhân hoặc người bảo đảm

20. Ngày