

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? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		

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。

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	或	过去 3 个月 X4	或	过去 1 个月 X12

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