

# 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) _____ (중간 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. 뉴저지주 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 재산: \_\_\_\_\_

16. 가족 재산: \_\_\_\_\_

17. 재산 내역:

A. 현금	_____
B. 세이빙 계좌	_____
C. 체크 계좌	_____
D. 예금증서 / I.R.A.	_____
E. 부동산(주 거주지 제외)	_____
F. 기타 재산(재정 증권, 어음, 기업 주식 및 채권)	_____
G. 합계	_____

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

**섹션 III - 소득 기준**

병원비 지원에 대한 자격을 결정할 때 성인의 경우 배우자의 소득과 재산을 사용하고, 미성년자 자녀의 경우 부모의 소득과 재산을 사용해야 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	또는	지난 3개월 X4	또는	지난 1개월 X12

18. 소득원

		매주	매월	매년
A. 공제전 급여		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 공적 부조		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 사회보장 수당		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 실업 보조금 및 노동자 재해 보상		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 퇴역군인 보조금		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 이혼 수당 / 양육비		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 금전적 지원		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 연금		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 보험금 또는 연금보험		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 배당금 / 이자		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 임대 소득		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 순 사업 소득(자영업/ 독립적인 수입원)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 기타(과업 수당, 교육비, 군인 가족 배당금, 부동산 및 신탁소득)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 합계		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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, 재산 등에 관한 상기 정보는 사실이며 정확함을 증명합니다.

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

19. 부모 또는 보증인의 서명

20. 날짜