



□□申□表

此申□表必□随附收入□明 (2份薪□□存根)

所有要求的文件□提交复制副本。□勿提交原件, 概不退□。

第 I 部分 - 个人□料

1. 患者姓名:		2. 社会安全号: (若有)	
(姓)		(名) (中□名)	
3. 申□日期:	4. □□号或本申□表相关服□具体日期:		
5. 地址 (街名/□牌号):		6. □□号□:	
7. 市、州、□政□□:		8. *家庭人数:	
*家庭人数包括申□人本人、配偶及任何未成年儿童。□孕□女按二人□。			
9. 是否美国公民? 是 或 否		10. 担保人姓名 (如果不是患者本人):	

第 II 部分 - 收入□准

11. 减扣前薪□	\$ _____	□提供两份薪□□存根□□
S=患者或担保人□名:	日期:	

□将申□表及薪□□存根□寄至: ATLANTICARE BUSINESS OFFICE CUSTOMER SERVICE
65 JIMMIE LEEDS RD.
POMONA, NJ 08240

此部分由□□ □位填写:	收件日期:	□□日期:
年收入:	\$ _____	□邦□困□准: _____ %
是否批准(圈□):	拒□理由:	
是	□患者□任支付金□少于折扣收□□算金□	
否 (勾□所有适用理由)	□患者收入超□	
	其它: _____	
□介供考□的其它□划(圈□所有适用□): Charity Care Medicaid		
其它(□解□): _____		
批准人:	批准日期:	
姓名大写: _____ □字:		
通知申□人日期:	通知□行人:	
需□整的□□ (若有更多□□□写在本表背面并注明翻□):		
□□ #:	□□ #:	□□ #:
金□ \$:	金□ \$:	金□ \$: