

**Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Bệnh Viện New Jersey**  
**ĐƠN XIN THAM GIA**

PHẢI ĐÍNH KÈM GIẤY CHỨNG MINH DANH TÁNH, LỢI TỨC, VÀ TÀI SẢN VỚI ĐƠN XIN NÀY. GỒI BẢN SAO CỦA TẤT CẢ CÁC GIẤY TỜ YÊU CẦU. KHÔNG GỒI BẢN GỐC VÌ SẼ KHÔNG ĐƯỢC GỒI TRẢ LẠI.

PHẦN I - Thông Tin Cá Nhân

1. TÊN BỆNH NHÂN		2. SỐ AN SINH XÃ HỘI
(Họ)	(Tên) (Tên lót)	
3. NGÀY LAM ĐƠN	4. NGÀY BẮT ĐẦU DUNG DỊCH VỤ	5. NGÀY YÊU CẦU DỊCH VỤ
6. ĐỊA CHỈ		7. SỐ ĐIỆN THOẠI
8. THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, SỐ BƯU CHÍNH		9. SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH
10. CÔNG DÂN HOA KỲ	11. CHỨNG MINH CƯ TRÚ 3 THÁNG TẠI TIỂU BANG NJ	

12. TÊN CỦA NGƯỜI BẢO ĐẢM (nếu ngoài bệnh nhân)

PHẦN II - Tiêu chuẩn tài sản

13. Tài sản cá nhân: \_\_\_\_\_

14. Tài sản gia đình: \_\_\_\_\_

15. Tài sản bao gồm:

A. Tiền mặt

B. Truong mục tiết kiệm

C. Truong mục chi phiếu

D. Chứng chỉ ký thác / I.R.A.

E. Giá trị có sẵn về địa ốc (ngoài nơi cư ngụ chánh) \_\_\_\_\_

F. Tài sản khác (Công khổ phiếu, giấy tờ thương lượng, chứng khoán công ty và công khổ phiếu) \_\_\_\_\_

G. Tổng cộng





TÊN BỆNH NHÂN: \_\_\_\_\_

SỐ TRƯỞNG MỤC: \_\_\_\_\_

XIN **KÝ TÊN TÀI** VÀO TRƯỚC MỖI CÂU ÁP DỤNG.

\_\_\_\_\_ TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI KHÔNG CÓ LỢI TỨC VÀ KHÔNG CÓ LỢI TỨC KẾ TỪ

\_\_\_\_\_ TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI KHÔNG CÓ TÀI SẢN, BAO GỒM TRƯỞNG MỤC NGÂN HÀNG, CỦA BẢN THÂN TÔI HAY BẤT CỨ BÊN NÀO KHÁC.

\_\_\_\_\_ TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ VÀ VÔ GIA CƯ KẾ TỪ

\_\_\_\_\_ TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI KHÔNG CÓ BẢO HIỂM Y TẾ CHO BẢN THÂN HAY BẤT CỨ BÊN NÀO KHÁC TRANG TRẢI SỐ TIỀN NỢ TRÊN HÓA ĐƠN NÀY.

\_\_\_\_\_ TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI LÀ CƯ DÂN CỦA TIỂU BANG NEW JERSEY VÀ TÔI ĐÃ LÀ CƯ DÂN CỦA TIỂU BANG NÀY KẾ TỪ

\_\_\_\_\_ TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI KHÔNG CÓ BẤT CỨ GIẤY TỜ NÀO CHO BIẾT DANH TÁNH.

\_\_\_\_\_ TÔI XÁC NHẬN RẰNG TẤT CẢ CÁC THÔNG TIN TRONG TỜ NÀY LÀ ĐÚNG, VÀ CHÍNH XÁC THEO HIỂU BIẾT TỐT NHẤT CỦA TÔI.

**X** \_\_\_\_\_

CHỮ KÝ

MỐI QUAN HỆ

NGÀY

\_\_\_\_\_  
NGƯỜI PHÒNG VẤN

\_\_\_\_\_  
NGÀY



Thân gửi cho bất cứ ai liên quan:

Tôi (viết chữ in)\_\_\_\_\_ (mối quan hệ với bệnh nhân)\_\_\_\_\_

Cung cấp nơi ăn ở và những nhu cầu thiết thực khác trong đời sống cho: \_\_\_\_\_

tại địa chỉ cư ngụ của tôi: \_\_\_\_\_

và đã làm như vậy từ: (ngày) \_\_\_\_\_

Tôi không chịu trách nhiệm và cũng không thể trả bất cứ chi phí bệnh viện hay chi phí khác cho người này.

Ký tên: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Jimmie Leeds Road, Pomona, N.J. 08240 (609)  
652-1000

---

1925 Pacific Avenue, Atlantic City, N.J. 08401  
(609) 344-4081



GIẤY CHO PHÉP CUNG CẤP THÔNG TIN

SỐ TRƯỞNG MỤC

TÊN:

ĐỊA CHỈ:

SỐ AN SINH XÃ HỘI:

Tôi cho phép và yêu cầu khai trình cho Trung Tâm Y Tế Khu Vực AtlantiCare (AtlantiCare Regional Medical Center) bất cứ thông tin nào từ sở an sinh xã hội, dịch vụ xã hội quận, ngân hàng, hay bất cứ nguồn nào khác có thể được yêu cầu về tuổi tác, cư dân, tình trạng công dân, việc làm, lợi tức, và bất cứ quyền lợi an sinh xã hội nào. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được dùng cho mục đích trực tiếp liên quan đến tình trạng xét tiêu chuẩn theo Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Bệnh Viện NJ hay Medicaid.

X

NGÀY:

CHỮ KÝ

NGÀY CHỨNG KIẾN HAY NHẬN

ĐẠI DIỆN TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC ATLATICARE