

新泽西州医院医疗护理财务协助计划

参加申请表

此申请表必须随附身份证明、收入证明和资产证明。所有要求的文件请提交复制副本。请勿提交原件，概不退还。

第I部分-个人资料

1. 患者姓名		2. 社会安全号
(姓) (名) (中间名)		
3. 申请日期	4. 服务开始日期	5. 要求服务日期
6. 街道地址		7. 电话号码
8. 市、州、邮政编码		9. 家庭人口
10. 是否美国公民		11. 在新泽西州居住满3个月的证明
12. 担保人姓名(如果不是患者本人)		

第II部分-资产标准

13. 个人资产: \_\_\_\_\_

14. 家庭资产: \_\_\_\_\_

15. 资产内容含:

A. 现金

B. 储蓄账户

C. 支票账户

D. 定期存款/退休账户

E. 不动产权(不包括主要住所) \_\_\_\_\_

F. 其它资产(国库券、议付票据、公司股票和债券) \_\_\_\_\_

G. 总计

\*家庭人口包括本人、配偶和任何未成年儿童，怀孕妇女按二人计算。

参加申请表（续）

第 III 部分- 收入标准

在确定是否符合医院医护服务协助资格时，成人必须一并考虑配偶的收入和资产，未成年儿童必须考虑父母的收入和资产。本申请表必须随附收入证明。

收入计算基于服务前十二个月、三个月或一个月的收入。患者/家庭总收入为以下三种计算结果中最低金额：

最近 12 个月	最近 3 个月	最近 1 个月	
	X 4	X 12	

16. 收入来源：

- A. 薪资（减扣前）
- B. 公共补助
- C. 社安福利
- D. 失业救济金/劳工保护补偿
- E. 军人退伍福利
- F. 赡养费/儿童生活费
- G. 其它金钱支持
- H. 退休金
- I. 保险与年金
- J. 股息/利息
- K. 租赁收入
- L. 净业务收入（自雇业者/由独立来源核实）
- M. 其它（罢工福利、培训补贴、军人家属补贴、遗产及信托收入）
- N. 总计

第 IV 部分 - 申请人声明

我了解我所递交的资料将由有关保健单位及联邦或州政府核查。故意误报将导致我负责缴纳全部医院收费并可受到民事处罚。

如果保健单位要求，我将申请政府或私人医疗协助来支付医院账单。

我声明以上关于家庭人口、收入和资产的资料真实无误。

我了解我有责任将本人收入或资产状况的任何变化通知医院。

17. 申请人或担保人签名	18. 日期
---------------	--------



患者姓名: \_\_\_\_\_

账户号: \_\_\_\_\_

请在每条适用您个人情况的说明前面横线上签上您的姓名缩写。

\_\_\_\_\_ 我声明我没有收入而且一直没有收入。

\_\_\_\_\_ 我声明我没有自己或通过任何他方拥有的资产（包括银行账户）。

\_\_\_\_\_ 我声明我无家可归而且一直流离失所。

\_\_\_\_\_ 我声明我没有自己购买或通过任何他方提供的医疗保险来支付这份欠款账单。

\_\_\_\_\_ 我声明我是新泽西州居民而且一直住在本州

\_\_\_\_\_ 我声明我没有任何身份证件。

我确认，尽我最大所知，在此工作页上提供的信息均真实无误。

**X**

\_\_\_\_\_

签名	与患者关系	日期
----	-------	----

\_\_\_\_\_

访谈执行人签名	日期
---------	----



敬启者:

本人(大写姓名)\_\_\_\_\_ (与患者关系)\_\_\_\_\_

在我位于以下地址的住所:

\_\_\_\_\_

向下列人员提供食宿和生活必需支持:

\_\_\_\_\_

此类支持始于(日期): \_\_\_\_\_

本人既无责人, 也无能力为他/她支付任何医院开支或其它费用。

签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_



资料披露授权书

账户号

姓名:

地址:

社会安全号:

我在此授权并请求社安局、郡社会服务署、银行或任何其它信息来源应 AtlantiCare 区医疗中心要求向其提供有关我的年龄、住址、身份、就业、收入来源及任何社会福利的资料。我了解这些资料将用于与我获得新泽西州医院医护服务协助计划或 Medicaid 直接有关的目的。

X

日期:

签名

见证或收件日期

ATLATICARE 区域医疗中心代表