

资格条件一览表

患者姓名: _____

病历号: _____

诊疗日期: _____/_____/_____

账号: _____

建议您在赴约诊疗一周前申请，并提供预约和/或转介证明。

为受理您的申请，新泽西州要求提供以下文件：

返回申请补助前，敬请阅读一览表并搜集规定文件

提供以下身份证件: _____

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 驾驶证 | <input type="checkbox"/> 护照 | <input type="checkbox"/> 县郡身份证 | <input type="checkbox"/> 医疗保险卡 |
| <input type="checkbox"/> 出生证明 | <input type="checkbox"/> 社会保障卡 | <input type="checkbox"/> 雇员证 | <input type="checkbox"/> 死亡证明 |
| <input type="checkbox"/> 结婚证 | <input type="checkbox"/> 委托书 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |

提供住所证明，如: _____

- | | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水电费账单 | <input type="checkbox"/> 支持声明 | <input type="checkbox"/> 新泽西驾驶证 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 租房协议 | <input type="checkbox"/> 地址证明或房东证明(必须提供) | | |

提供收入证明，收入期间从: _____ 至 _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 诊疗日期前的工资单 | <input type="checkbox"/> 子女抚养/赡养证明 |
| <input type="checkbox"/> 带信头的雇主信函，证明总收入、工资发放频率、聘用日期、医疗/牙科保险和/或401K详情。 | <input type="checkbox"/> 经济补助发放函/进度表 _____ 学期 |
| <input type="checkbox"/> 失业证明/残疾补贴发放函或加盖公章的打印件 | <input type="checkbox"/> 租户详细信函 |
| <input type="checkbox"/> 支持声明(由代表提供) | <input type="checkbox"/> 养老金发放函 |
| <input type="checkbox"/> 会计师出具的损益表，带信头。(必须签字) | <input type="checkbox"/> 社保金发放函 年份: _____ |
| | <input type="checkbox"/> 资金资助证明 |

提供所有资源的证明，如: _____

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 银行对账单 | <input type="checkbox"/> 海外持有资产 | <input type="checkbox"/> 401K计划对账单 | <input type="checkbox"/> 股票/债券/定期存单/个人退休账户 |
| <input type="checkbox"/> 寿险保单现金价值 | <input type="checkbox"/> 现金 | | |

经济补助办公室工作时间和地点

1 East New York Avenue

Somers Point, NJ 08244

(609) 653-3717 根据提示按1

时间: 周一至周五上午8:00至下午5:30
请致电预约

面谈日期: _____/_____/_____

访谈人: _____

后续跟踪代表: _____

电话号码: _____

传真号码: _____

新泽西州医院医护费用补助项目

参与申请表

身份证明、收入证明以及资产证明必须随附本申请表。请邮寄所有规定文件的复印件。收件均不予退还，请勿邮寄原件。

第一节——个人资料

1. 患者姓名 _____ (姓) _____ (名) _____ (中间名)		社会保障号 __ - __ - __ - __ - __
3. 申请日期 __ / __ / __ 月 日 年	4. 首次诊疗日期 __ / __ / __ 月 日 年	5. 请求诊疗日期 __ / __ / __ 月 日 年
6. 患者街道地址		7. 电话号码 () - __ - __ - __ - __
8. 城市、州、邮编		9. 家庭规模*
10. 美国国籍 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 待申请	11. 在新泽西州居住3个月的证明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
12. 担保人姓名(若不是患者本人) _____		

第二节——资产条件

13. 个人资产: _____

14. 家庭资产: _____

15. 资产包括:

A. 现金	
B. 储蓄账户	
C. 支票账户	
D. 定期存单/个人退休账户	
E. 不动产权益(主要住所除外)	
F. 其他资产(国库券、可流通票据、公司股票和债券)	
G. 合计	

* 家庭规模包括本人、配偶和未成年子女。孕妇视为两个家庭成员。

参与申请表(续)

第三节——收入条件

判定成年人医护补助资格条件时，必须计入配偶收入和资产；对于未成年儿童，则必须计入父母收入和资产。收入证明必须随附本申请表。

收入计算基于诊疗日期前12个月、3个月或1个月收入。患者/家庭总收入等于以下几项中较低者：

最近12个月	或	最近3个月X4	或	最近1个月X 12

16. 收入来源

		每周	每月	每年
A. 扣除前薪水/工资	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 公共补助	_____	<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. 失业和劳工赔偿金	_____	<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. 他们的资金资助	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 养老金	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 保险或年金	_____	<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. 经营净收入(自雇/ 由独立方验证)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 其他(罢工补贴、培训津贴、 军属安家费、遗产和信托 收入)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 合计	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第四节——申请人证明

我知悉，我所提交的信息将接受相关医疗机构及联邦或州政府的审查核实。故意歪曲事实，会导致我承担所有医院费用，并遭受民事处罚。

若医疗机构提出要求，我将申请政府或私人医疗补助来支付医院账单。

兹证明，上述有关家庭规模、收入和资产的信息均真实准确。

我知悉，若我的收入或资产状况发生变化，我有责任通知医院。

17. 患者或担保人签字

18. 日期

患者主要证明

患者姓名: _____ 账号: _____

诊疗日期: _____

请用姓名首字母签字

_____ 我和/或配偶证明, 我/我们目前没有收入, 且____/____/____起至
____/____/____ 皆没有收入。

_____ 我和/或配偶证明, 我没有可列在慈善医疗申请表上的资产。

_____ 我和/或配偶证明, 我目前无家可归, 且自____/____/____起一直无家可归。

_____ 我证明, 我在入院治疗时没有医疗保险。

_____ 我证明, 我的姓名是_____。我无法提供身份证明, 因为: _____

(说明原因)

_____ 我和/或配偶证明, 我/我们有收入。我们的总/现金收入是_____美元, 按
_____ 频率
_____ 领取。

_____ 我和/或配偶证明, 我在诊疗日期时持有资产超过_____美元。

_____ 我和/或配偶证明, 我是新泽西州居民, 并计划长期定居在新泽西州。

_____ 我证明, 我没有也不准备向任何第三方索赔, 要求支付本申请表所涉及之医疗服务的全部或部分费用(包括但不限于无过错索赔、劳工赔偿、业主索赔、保险不足或无保险机动车驾驶员保险金和侵权索赔)。我理解并同意, 若提起此类索赔, 海岸医疗中心可取消慈善医疗, 并要求我支付全部费用。我还同意在提起索赔时通知海岸医疗中心。

患者签名

正楷姓名

日期



病历、财务和个人信息
披露授权书

姓名: _____

出生日期: _____

住址: _____

社会保障: _____

我是 _____, 兹授权您向ADREIMA/海岸医疗中心披露我个人的年龄、住所、国籍、就业状况、收入、资产和/或银行账户对账单等相关信息。

我知悉, 所获取的信息仅用于与社会保障项目和Medicaid直接相关的用途

本次披露纯属自愿, 且我亦已完全知悉。

签名:

日期 _____

本表所含信息均属私密和保密信息, 仅供上述个人或实体使用。若本讯息阅读者不是接收人, 则谨此通知您严禁以任何形式散播、分发或复印本信函。若您误收本信函, 请即刻电话通知我们, 并通过美国邮政将原件退回上述地址。
谢谢。



医疗
中心SM

满怀热情，力求卓越

支持认可/声明

患者姓名: _____ 账号: _____

诊疗日期: _____

我的名字是_____。兹证明我向上述
个人提供如下支持和协助。我认识该个人即为上文所述患者。

我不负责也无能力为他/她支付任何医院或医疗费用。

从: ____/____/____ 至: ____/____/____

是 否

食物:

住所:

现金:

\$ _____

金额

频率

目前我居住在如下住址: _____

致相关人士:

房东/支持人员签名

电话

正楷姓名

日期

患者签名

日期