



新澤西州醫院護理援助計劃
參與申請書

身份、收入和資產證明必須隨附於本申請書。請將全部所需文件的副本寄送至：HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 收件人：財務援助部。請勿寄送文件的正本，因為我們不會退還該等文件。

第一部分 - 個人資訊

1. 患者姓名 (姓氏) (名字)		2. 社會安全號碼	
3. 申請日期 年 月 日	4. 初始服務日期 年 月 日	5. 要求的服務日期 年 月 日	
6. 患者的街道地址		7. 電話號碼	
8. 城市、州及郵遞區號		9. 家庭成員人數*	
10. 美國公民身份 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申請中		11. 在新澤西州居住滿 3 個月的證明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
12. 擔保人姓名 (若非患者) (姓氏) (名字)		13. 患者是否有保險承保? 是 或 否 公司名稱 地址	

合資格家庭成員，包括申請人

姓名	出生日期	社會安全號碼	職業	月薪

第二部分 - 資產標準

14. 個人資產	
15. 家庭資產	
16. 資產包括	
A. 現金	
B. 儲蓄賬戶	
C. 支票賬戶	
D. 存單/個人退休金賬戶	
E. 房產權益 (主要住所除外)	
F. 其他資產 (短期國庫券、可流轉票據、公司股票和債券)	
G. 總計	

*家庭成員人數包括自己、配偶和未成年子女。孕婦計為兩名家庭成員。

第三部分 - 收入標準

在判定醫院護理援助的資格時，配偶的收入和資產必須用於一名成人；父母的收入和資產必須用於一名未成年子女。收入證明必須隨附於本申請書。

收入乃基於服務日期前十二個月、三個月或一個月的收入來計算。

患者/家庭總收入等於下列金額的較少者：

過去 12 個月	或	過去 3 個月 X 4	或	過去 1 個月 X 12

17. 收入來源

	每週	每月	每年
A. 扣款前薪水/工資 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 公共援助 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 社會保障福利 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 失業和 勞工賠償 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 退伍軍人福利 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 贍養費/子女撫養費 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 其他金錢補助 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 養老金 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 保險或年金付款 _____	<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. 淨營業收入（自僱/經 獨立來源核實） _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 其他（罷工津貼、培訓津貼、 軍人家庭分配、來自 遺產和信託的收入） _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 總計 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第四部分 - 申請人證明書

本人瞭解，本人提交的資訊將由適當的醫療護理機構和聯邦或州政府予以審核。若故意失實陳述該等事實，本人將須承擔所有醫院費用，並受到民事處罰。

若醫療護理機構提出有關要求，本人將申請政府或私人醫療援助以支付醫院賬單。

本人特此證明，以上關於本人家庭成員人數、收入和資產的資訊均真實準確。本人瞭解，本人有責任向醫院告知與本人收入相關的任何情況變動。

18. 患者或擔保人簽名

19. 日期

新澤西州醫院護理援助計劃

申請參與的判定

第一部分 - 申請人資訊

1. 患者姓名		2. 家庭成員人數	
3. 服務日期	4. 判定日期	5. 截止日期	
6. 收入計算方式	7. 收入總額		
<input type="checkbox"/> 12 個月 <input type="checkbox"/> 3 個月	<input type="checkbox"/> 3 週 x 4 <input type="checkbox"/> 個月 x 12		

第二部分 - Medicaid 判定

8. 是否為獲得公共援助而轉診

是 否 請說明： _____

第三部分 - 判定

您關於新澤西州醫院護理援助的申請已獲批准。對於您自 _____ 起獲得的服務，您應承擔的費用為醫院賬單的 _____ %。醫院可就自初始服務日期起 _____ 個月期間內的任何未來醫院服務，提供醫院收費 _____ % 的援助。

您關於新澤西州醫院護理援助的申請已被拒絕，因為您並不符合相關的資格要求。不合資格的具體原因如下：

- 未提供收入文件。*
- 未提供資產文件。**
- 收入超過資格標準。
- 資產超過資格標準。
- 患者轉入 Medicaid
- 未能提供 Medicaid 的拒保證明
- 其他 _____

*因未能提供特定資訊而不合資格的申請人應將此資訊寄送至醫院：

哈肯薩克大學醫學中心
 財務援助計劃
 100 First Street Suite 300
 Hackensack, New Jersey 07601
 財務援助部
 電話：(551)996-4343
 傳真：(551)996-4333

**資產超過資格標準的申請人可選擇將超額資產用於支付醫院

賬單。若您使用 _____ 支付醫院賬單，則剩餘的餘額可考慮由

新澤西州醫院護理援助計劃承擔 _____ %。

評估員姓名	職銜
簽名	日期

若申請人對本計劃存有疑問，請聯絡
新澤西州衛生署
關於無保險人群的醫療護理計劃
CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360

