

ニュージャージー州病院内治療援助プログラム (New Jersey State Hospital Care Assistance Program)
希望者申請書類

身元、収入、資産の証明は、この申請書を添付する必要があります。請求された全書類の複写版をこちらに送付してください： HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn:Financial Assistance Department. 原本は送付しないでください。送付された書類は返却されません。

セクションI-個人情報		
1.患者の氏名 (姓) (名) (M.I.)		2.社会保障番号
3.申請日 月 日 年	4.サービス提供開始日 月 日 年	5.サービス提供要請日 月 日 年
6.患者の住所		7.電話番号
8.郵便番号		9.家族の大きさ*
10.米国民権 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中		11.ニュージャージー州での3ヵ月の居住証明 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
12.保証人名 (患者以外の場合) (姓) (名) (M.I.)		13.患者は保険の補償対象ですか? はい または いいえ 社名 所在地

申請者本人を含む、適格者の家族構成

氏名	生年月日	社会保障番号	職業	月給

セクションII-資産基準

14.個人の資産	
15.家族の資産	
16.資産に含まれるもの	
A. 現金	
B. 預金口座	
C. 小切手口座	
D. 保証金の証明書/I.R.A	
E. 不動産 (主な居住地以外の) の資産	
F. その他の資産 (短期国債、譲渡可能な手形、企業の株、社債)	
G. 総額	

家族の大きさには、本人、配偶者、未成年の小児が含まれます。妊婦は家族2名として数えます。

セクション III - 収入基準

病院内治療援助プログラムの適格性を判定する際、配偶者の収入と資産は必ず成人に適用するものとし、患者の収入および資産は必ず未成年の小児に適用するものとします。収入の証明にはこの申請書を添付する必要があります。

収入は、サービスを受けた日の 12 ヶ月前、3 ヶ月前、または 1 ヶ月前のいずれかの収入の算出を基にします。

患者/家族の総収入は、下記のうちのいずれか小さい値とします。

過去 12 ヶ月	または	過去 3 ヶ月 X 4	または	過去 1 ヶ月 X 12

17. 収入源

	週当たり	月当たり	年当たり
A. 控除前の給料/賃金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 公的扶助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 社会保障給付金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 失業手当および 労災補償	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 退役軍人給付金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 扶養手当/子の養育費	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. その他の金銭的支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 年金給付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 保険または年金給付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 配当/利息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 賃貸料の収入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 事業の純利益 (被雇用/ 独立した情報源によって研修済み)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. その他 (スト手当、研修給費、 軍人家族の特別支払い金、 不動産および信託からの収入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 総額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

セクション IV - 申請者による認証

私は、私が提出する情報は当該の健康管理施設および連邦または州政府による検証のためであることを理解しています。これらの事実の故意の詐称は、私が病院費用を全額自己負担することになり、民事罰に科されます。

健康管理施設により強く要請された場合、私は病院の請求費の支払いのため、政府または民間の医療扶助を申請します。

私は、家族の大きさ、収入、資産に関する上述の情報が真実であり正しいことを保証します。私は、私の収入に関する状態に何らかの変更がある場合は、病院に知らせる義務があることを理解しています。

18.患者または保証人の署名	19.日付
----------------	-------

ニュージャージー州病院内治療援助プログラム (New Jersey State Hospital Care Assistance Program)

希望者申請書の判定

セクション I - 申請者情報

1.患者の氏名	2.家族の大きさ	
3.サービス提供日	4.判定日	5.有効期日
6.収入計算 12 カ月	3 カ月 3 週間×4	7.総収入 1 カ月×12

セクション II - メディケイドの判定

8.は、公的扶助のため照会された

はい いいえ 説明: _____

セクション III - 判定

ニュージャージー州病院内治療援助 (New Jersey State Hospital Care Assistance) プログラムに対するあなたの要請は、承認されました。あなたの財政責任は、_____に提供が開始されたサービスに対する病院請求額の _____%です。病院は、サービス開始日から _____ カ月間、今後の病院のサービスに対する病院費用の _____%を援助できます。

あなたは適格者の要件を満たしていないため、ニュージャージー州病院内治療援助 (New Jersey State Hospital Care Assistance) に対するあなたの要請は却下されました。適格と判定されなかった具体的な理由は以下のとおりです。

- 収入の書類が提出されなかった。*
- 資産の書類が提出されなかった。**
- 収入が適格基準を超えていた。
- 資産が適格基準を超えていた。
- 患者は Medicaid に取り次がれていた。
- Medicaid 辞退が提示されていない。
- その他

*特定の情報が提供されなかったという事実において不適格とされたことが判明した申請者は、病院にその情報を示す必要があります。

HACKENSACK 大学医療センター
財務支援プログラム
100 First Street Suite 300
Hackensack, New Jersey 07601
財務支援部 (Financial Assistance Department)
電話: (551)996-4343
ファックス: (551)996-4333

**適格性を超える資産を有する申請者は、病院請求額に向けて超過する資産を「使いきる」オプションが

あります。あなたが病院請求額に向けて _____ を支払う場合、残額について、ニュージャージー州病院内治療援助プログラム (New Jersey State Hospital Care Assistance Program) 下で

_____ %分を適格とみなされる可能性があります。

評価者名	役職
署名	日付

プログラムに関する質問がある申請者の問い合わせ先：
ニュージャージー州保健省 (New Jersey State Department of Health)
HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM
CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360
電話番号 1-866-588-5696

2015年12月21日改訂