

*가구원 수는 본인, 배우자 및 미성년 자녀를 포함합니다. 임신한 여성은 가족 2명으로 계산합니다.

섹션 III - 소득

기준 병원 치료 보조 대상 여부를 결정할 때 성인의 경우 배우자의 소득과 자산을 반드시 고려해야 하며 미성년 자녀의 경우 부모의 소득과 자산을 반드시 고려해야 합니다. 이 신청서에는 소득 증명서를 반드시 첨부해야 합니다.

소득은 서비스 날짜 이전 12개월, 3개월 또는 1개월 이전의 소득 계산을 기준으로 합니다.

부모/가족 총 소득은 다음보다 적어야 합니다.

최근 12개월	또는	최근 3개월 X 4	또는	최근 1개월 X 12

17. 소득원

	주간	월간	연간
A. 세전 급여/임금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 공적 부조 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 사회 보장 연금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 실업 수당 및 노동자 재해 보상 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 재향군인연금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

섹션 II - 자산 기준

14. 개인 자산	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 가족 자산	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 자산 목록	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. 현금		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 보통 예금		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 당좌 예금			
D. 양도성 예금 증서/I.R.A(개인 퇴직금 적립 계정)			
E. 부동산 자산의 순수 가치(기본 거주지 외)			
F. 기타 자산(재무성 증권, 유통 어음, 주식 및 회사채)			
G. 합계			

F. 이혼 수당/자녀 양육비 _____

G. 기타 금전적 지원	_____			
H. 연금 지급금	_____			
I. 보험금 또는 연금	_____			
J. 배당금/이자	_____			
K. 임대 소득	_____	<input checked="" type="checkbox"/>		
L. 순 사업 소득 (자영업/ 독립적인 출처에서 확인)	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
M. 기타 (파업 수당, 교육 장학금, 군인 가족 배당금, 재산 및 신탁 소득)	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
N. 합계	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

증명 **섹션 IV - 신청자의**

본인은 제출한 정보를 해당 의료 시설과 연방 또는 주 정부가 확인함을 이해합니다. 이러한 사실을 고의로 허위 진술한 경우 모든 병원비를 지불해야 하며 민사상 처벌을 받게 됩니다.

의료 시설에서 그러한 요청을 한다면 병원비를 지불하기 위해 정부 또는 민간 의료 지원을 신청할 것입니다.

본인은 가구원 수, 소득 및 자산에 대한 상기 정보가 사실이고 정확함을 증명합니다. 본인은 소득 상태에 변화가 발생하면 귀 병원에 알려야 할 책임이 본인에게 있음을 이해합니다.

18. 환자 또는 보증인의 서명	19. 날짜
-------------------	--------

**뉴저지 병원 치료 보조 프로그램
참가 신청 결정서**

섹션 I - 신청자 정보

1. 환자 이름		2. 가구원 수	
3. 서비스 날짜	4. 결정 날짜	5. 만료 날짜	
6. 소득 계산 13주 x 4 17개월 x 12	12개월 3개월	7. 총 소득	

섹션 II - 메디케이드 결정

8. 공적 부조를 받도록 이첩함

예 아니요 설명: _____

섹션 III - 결정

귀하의 뉴저지 병원 치료 보조 요청이 승인되었습니다. 귀하는 _____에 시작된 서비스에 대해 병원비의 _____%를 지불합니다. 병원은 최초 서비스 날짜로부터 _____개월 동안 추후 병원 서비스에 대한 병원비의 _____%를 지원할 수 있습니다.

자격 요건을 충족하지 못하여 귀하의 뉴저지 병원 치료 보조 요청이 거부되었습니다. 부적격과 관련된 상세한 사유는 다음과 같습니다.

	소득 관련 서류를 제출하지 않았습니다. *
	자산 관련 서류를 제출하지 않았습니다. **
	소득이 자격 기준을 초과합니다.
	자산이 자격 기준을 초과합니다.
	환자를 메디케이드로 이첩했습니다.
	메디케이드 거절 관련 자료를 제출하지 않았습니다.
	기타
<hr/> <hr/>	

*특정 정보를 제공하지 않아 부적격 결정을 받은 신청자는 해당 정보를 당 병원으로 보내주십시오.

HACKENSACK UNIVERSITY MEDICAL CENTER
 FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM
 100 First Street Suite 300
 Hackensack, New Jersey 07601
 Financial Assistance Department
 전화: (551)996-4343
 팩스: (551)996-4333

**자격 기준을 초과하는 자산을 보유한 신청자는 초과 자산을 “소모하고 나면(spend down)” 병원비를 보조받을 수 있습니다. 병원비 _____를 지불하면 뉴저지 병원 보조 프로그램에 따라 나머지 잔액의 _____%에 대한 자격이 부여됩니다.

평가자 이름	직함
서명	날짜

본 프로그램에 대한 문의사항이 있는 신청자는 다음 연락처로 문의하십시오.
 New Jersey State Department of Health
 HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM
 CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360
전화번호: 1-866-588-5696

개정 2015년 12월 21일