



โปรแกรมให้การช่วยเหลือการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลประจำรัฐนิวเจอร์ซีย์

ใบสมัครเข้าร่วมโปรแกรม

หลักฐานการระบุตัวตน รายได้และสินทรัพย์ ต้องมาพร้อมกับใบสมัครนี้ ส่งสำเนาของเอกสารที่ขอทั้งหมดไปที่: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 ถึง: แผนกให้ความช่วยเหลือทางการเงิน ไม่ต้องส่งเอกสารต้นฉบับเนื่องจากจะไม่มีการส่งเอกสารเหล่านั้นคืน

ส่วนที่ 1 – ข้อมูลส่วนตัว

1. ชื่อผู้เยาว์ (นามสกุล) (ชื่อ) (ชื่อกลาง)		2. หมายเลขประกันสังคม
3. วันที่เกิดใบสมัคร เดือน วัน ปี	4. วันที่เริ่มเข้ารับบริการ เดือน วัน ปี	5. วันที่ขอเข้ารับบริการ เดือน วัน ปี
6. ที่อยู่ของผู้เยาว์		7. หมายเลขโทรศัพท์
8. เมือง, รัฐ, รหัสไปรษณีย์		9. หมายเลขขอรับ*
10. สัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใบสมัครรอดำเนินการ		11. หลักฐานการมีค่าเฉลี่ยฐานรายได้ของผู้เยาว์มีระยะเวลา 3 เดือน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
12. ชื่อของผู้ปกครอง (หากมีบุคคลอื่นนอกจากผู้เยาว์) (นามสกุล) (ชื่อ) (ชื่อกลาง)		13. คุณเป็นผู้เยาว์ที่ได้รับความสะดวกจากประกัน? ใช่ หรือ ไม่ใช่ ชื่อบริษัท ที่อยู่

สมาชิกครอบครัวที่มีคุณสมบัติเหมาะสม รวมถึงผู้สมัคร

ชื่อ	วันเกิด	หมายเลขประกันสังคม	อาชีพ	เงินเดือน

*ขนาดครอบครัวนับรวมตัวตนเอง คู่สมรส และเด็กเล็ก สตรีมีครรภ์นับเป็นสมาชิกครอบครัวสองคน

ส่วนที่สอง – เงินไขสินทรัพย์

14. สินทรัพย์ส่วนบุคคล	
15. สินทรัพย์ของครอบครัว	
16. สินทรัพย์ประกอบด้วย	
A. เงินสด	
B. บัญชีออมทรัพย์	
C. บัญชีเช็ค	
D. หนังสือรับรองเงินฝาก/I.R.A	
E. การถือครองกรรมสิทธิ์ในอสังหาริมทรัพย์ (นอกเหนือจากการเป็นผู้เช่าหลัก)	
F. สินทรัพย์อื่นๆ (ตัวเงินค้ำ, ตราสารเปลี่ยนมือ, หุ้นบริษัทและพันธบัตร)	
G. ยอดรวม	

ส่วนที่ 3 – เงินไปรายได้

เพื่อพิจารณาคุณสมบัติที่จะได้รับความช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล รายได้และสินทรัพย์ของคู่สมรสต้องนำมาใช้สำหรับผู้ใหญ่ รายได้และสินทรัพย์ของพ่อแม่ต้องนำมาใช้สำหรับเด็กเล็ก หลักฐานของรายได้จะต้องส่งพร้อมใบสมัคร

รายได้อ้างอิงจากการคำนวณของสิบสองเดือน สามเดือน หรือหนึ่งเดือนของรายได้ก่อนวันที่เข้ารับบริการ

รายได้ขั้นต่ำของผู้ป่วย/ครอบครัวเท่ากับส่วนที่น้อยกว่าของรายการต่อไปนี้:

12 เดือนที่ผ่านมา	หรือ	3 เดือนที่ผ่านมา X 4	หรือ	1 เดือนที่ผ่านมา X 12

17. ที่มาของรายได้

	รายสัปดาห์	รายเดือน	รายปี
A. เงินเดือน/ค่าจ้าง ก่อนการหัก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. เงินสงเคราะห์สาธาณูปการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. สวัสดิการประกันสังคม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. การว่างงานและเงินชดเชยคนทำงาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. สวัสดิการทหารผ่านศึก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ค่าเลี้ยงดู/เงินสนับสนุนเด็ก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. การสนับสนุนด้านการเงินอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. การชำระเงินบ้านอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. การชำระเงินประกัน หรือรายงวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. เงินปันผล/ดอกเบี้ย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. รายได้จากการให้เช่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. รายได้จากธุรกิจสุทธิ (มีธุรกิจส่วนตัว/ตรวจสอบได้จากแหล่งที่มาอิสระ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. อื่นๆ (สวัสดิการจากการหยุดงาน, เบี้ยเลี้ยงสำหรับการฝึกอบรม, เงินจัดสรรสำหรับครอบครัวทหาร, รายได้จากที่ดินและการลงทุน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. ขอดรวม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 – หนังสือรับรองจากผู้สมัคร

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ากำลังส่งข้อมูลเพื่อการตรวจสอบ โดยหน่วยงานช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพและรัฐบาลกลางหรือหน่วยงานรัฐ การงใจบิดเบือนข้อเท็จจริงเหล่านี้จะทำให้ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลทั้งหมดและอาจเป็นเหตุให้ได้รับโทษทางแพ่ง

หากมีการร้องขอจากหน่วยงานช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพ ข้าพเจ้าจะสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการแพทย์ของรัฐบาลหรือเอกชนสำหรับการชำระใบเรียกเก็บเงินของทางโรงพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับขนาดครอบครัว รายได้และสินทรัพย์เป็นความจริงและถูกต้อง ข้าพเจ้าเข้าใจถึงความรับผิดชอบของตนในการแจ้งให้ทางโรงพยาบาลทราบถึงการแก้ไขสถานะใดๆ เกี่ยวกับรายได้ของข้าพเจ้า

18. ลายมือชื่อของผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกัน

19. วันที่

โปรแกรมให้การรักษาหรือการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลประจำรัฐนิวเจอร์ซีย์

การพิจารณาการสมัครเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 1 - ข้อมูลผู้สมัคร

1. ชื่อผู้ยื่น		2. หมายเลขครัว	
3. วันที่เข้ารับบริการ		4. วันที่เกิด	5. วันที่หมดอายุ
6. การคำนวณรายได้	12 เดือน 3 เดือน	13 สัปดาห์ x 4 1 เดือน x 12	7. รายได้รวม

ส่วนที่ 2 - การพิจารณาโครงการประกันสุขภาพของรัฐ

8. การยื่นใบแจ้งเงินสมทบค่าสุขภาพ

ใช่ ไม่ใช่ อธิบาย: _____

ส่วนที่ 3 - การพิจารณา

ค่าของงานในการขอรับความช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลประจำรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้รับการอนุมัติ ความรับผิดชอบด้านการเงินของท่านคิดเป็น _____% ของใบเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาลสำหรับบริการที่เริ่มขึ้นในวันที่ _____ ทางโรงพยาบาลอาจให้ความช่วยเหลือเป็น _____% ของการเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาลสำหรับบริการของโรงพยาบาลในอนาคตเป็นระยะเวลา _____ เดือนจากวันที่เริ่มเข้ารับบริการ

ค่าขอรับการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลประจำรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้รับการปฏิเสธเนื่องจากท่านมีคุณสมบัติที่ไม่เหมาะสมตามข้อกำหนดเหตุผลโดยเฉพาะสำหรับการมีคุณสมบัติไม่เหมาะสม ได้แก่:

- ไม่ได้ยื่นเอกสารแสดงรายได้*
- ไม่ได้ยื่นเอกสารแสดงสินทรัพย์**
- มีรายได้สูงกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- มีสินทรัพย์สูงกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- ผู้ป่วยอยู่ในโครงการประกันสุขภาพของรัฐ
- ไม่สามารถแสดงการปฏิเสธโครงการประกันสุขภาพของรัฐ
- อื่นๆ _____

* ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามที่กำหนดเนื่องจากไม่ได้ส่งข้อมูลเฉพาะเจาะจงควรส่งข้อมูลนี้ไปที่โรงพยาบาล:

ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัย Hackensack
 FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM
 100 First Street Suite 300
 Hackensack, New Jersey 07601
 Financial Assistance Department
 Tel: (551)996-4343
 Fax: (551)996-4333

** ผู้สมัครที่มีทรัพย์สินเกินกว่าคุณสมบัติที่เหมาะสมมีตัวเลือกที่จะ "หักค่าใช้จ่าย" จากสินทรัพย์ส่วนเกินต่อใบเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล

หากท่านชำระ _____ ต่อใบเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล ยอดคงเหลือจะสามารถนำไปพิจารณาคุณสมบัติความเหมาะสมสำหรับ _____ % ภายใต้อาการช่วยเหลือในการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลประจำรัฐนิวเจอร์ซีย์

ชื่อผู้ประเมิน	ตำแหน่ง
ลายมือชื่อ	วันที่

ผู้สมัครที่มีคำถามเกี่ยวกับโปรแกรม สามารถติดต่อ
 กรมอนามัยรัฐนิวเจอร์ซีย์
 โปรแกรมการรักษาพยาบาลสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่ได้ประกัน
 CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360
 เมลล์โทรศัพท์ 1-866-588-5696

