



Chương trình Hỗ trợ Chăm sóc tại Bệnh viện của New Jersey
ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA

BẢNG CHỨNG VỀ NHẬN DẠNG, THU NHẬP VÀ TÀI SẢN PHẢI KÈM THEO ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY. GỬI CÁC BẢN SAO TẤT CẢ TÀI LIỆU THEO YÊU CẦU TỚI: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Gửi cho: Khoa Hỗ trợ Tài chính. KHÔNG GỬI TÀI LIỆU GỐC BỞI CHÚNG TÔI SẼ KHÔNG TRẢ LẠI NHỮNG TÀI LIỆU NÀY.

MỤC I – Thông tin Cá nhân		
1. TÊN BỆNH NHÂN (Tên Đệm) (Họ) (Tên)		2. SỐ AN SINH XÃ HỘI
3. NGÀY ĐĂNG KÝ Tháng Ngày Năm	4. NGÀY ĐẦU TIÊN CUNG CẤP DỊCH VỤ Tháng Ngày Năm	5. NGÀY YÊU CẦU CUNG CẤP DỊCH VỤ Tháng Ngày Năm
6. ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ CỦA BỆNH NHÂN		7. SỐ ĐIỆN THOẠI
8. THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ BƯU CHÍNH		9. QUY MÔ GIA ĐÌNH*
10. TỪ CÁCH CÔNG DAN CỦA HOA KỲ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đang đ		11. BẢNG CHỨNG VỀ TÌNH TRẠNG CƯ TRÚ TRONG 3 THÁNG Ở TIỂU BANG JERSEY <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
12. TÊN NGƯỜI BẢO LÀNH (Nếu không phải bệnh nhân) (Tên Đệm) (Họ) (Tên)		13. BỆNH NHÂN CÓ BẢO HIỂM KHÔNG? Có hoặc Không TÊN CÔNG TY ĐỊA CHỈ

Thành viên gia đình đủ tiêu chuẩn, bao gồm Người đăng ký

Tên	Ngày sinh	Số ASXH	Nghề nghiệp	Lương tháng

* Quy mô gia đình bao gồm bản thân, vợ/chồng và con nhỏ. Phụ nữ đang mang thai được tính là hai thành viên gia đình.

MỤC II – Tiêu chí về Tài sản

14. Tài sản Cá nhân	
15. Tài sản Gia đình	
16. Tài sản bao gồm	
A. Tiền mặt	
B. Tài khoản Tiết kiệm	
C. Tài khoản Séc	
D. Chứng chỉ Tiền gửi/I.R.A	
E. Vốn trong Bất động sản (Ngoài nơi cư trú chính)	
F. Tài sản khác (Tín phiếu kho bạc, thương phiếu, cổ phần doanh nghiệp và trái phiếu)	
G. Tổng cộng	

MỤC III – Tiêu chí về Thu nhập

Khi xác định đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ chăm sóc tại bệnh viện, thu nhập và tài sản của vợ/chồng phải được sử dụng cho người lớn; thu nhập và tài sản của cha mẹ phải được sử dụng cho con nhỏ. Bảng chứng thu nhập phải kèm theo đơn đăng ký này.

Thu nhập được căn cứ vào tính toán thu nhập trong mười hai tháng, ba tháng hoặc một tháng trước ngày cung cấp dịch vụ.

Tổng Thu nhập của Bệnh nhân/Gia đình bằng mức thấp hơn trong số các thu nhập sau:

12 THÁNG QUA	HOẶC	3 THÁNG QUA X 4	HOẶC	1 THÁNG QUA X 12

17. NGUỒN THU NHẬP

	HÀNG TUẦN	HÀNG THÁNG	HÀNG NĂM
A. Lương/Tiền Công trước khi Khấu trừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Hỗ trợ Công	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Phúc lợi An sinh Xã hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Trợ cấp Thất nghiệp và Bồi thường cho Người lao động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Phúc lợi cho Cựu chiến binh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tiền chăm dưỡng/Hỗ trợ Con nhỏ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Hỗ trợ bằng tiền khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Thanh toán Lương hưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Bảo hiểm hoặc Thanh toán Niên kim		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. Cổ tức/Lãi			

K. Thu nhập Tiền thuê	<input type="checkbox"/>		

L. Thu nhập Kinh doanh Ròng (tự doanh/xác minh bởi nguồn độc lập)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M. Khác (phúc lợi đình công, lương đào tạo, Chia cho gia đình quân nhân, thu nhập từ bất động sản và quỹ tín thác)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N. Tổng cộng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MỤC IV – Chứng nhận bởi Người đăng ký

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi trình đệ trình sẽ được xác minh bởi cơ sở chăm sóc sức khỏe thích hợp và Chính quyền Liên bang hoặc Tiểu bang. Việc cố ý tuyên bố sai những thông tin này sẽ khiến tôi phải chịu trách nhiệm về tất cả chi phí tại bệnh viện và chịu phạt dân sự.

Nếu cơ sở chăm sóc sức khỏe yêu cầu, tôi sẽ đăng ký nhận hỗ trợ của chính phủ hoặc hỗ trợ y tế tư nhân để chi trả hóa đơn bệnh viện.

Tôi xin chứng nhận rằng thông tin trên về quy mô gia đình, thu nhập và tài sản của tôi là đúng và chính xác. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho bệnh viện về bất cứ thay đổi nào trong tình hình thu nhập của tôi.

**Chương trình Hỗ trợ Chăm sóc tại Bệnh viện của New Jersey
XÁC ĐỊNH ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA**

MỤC I – Thông tin Cá nhân

1. TÊN BỆNH NHÂN		2. QUY MÔ GIA ĐÌNH	
3. NGÀY CUNG CẤP DỊCH VỤ		4. NGÀY XÁC ĐỊNH	
5. NGÀY HẾT HẠN		6. TÍNH TOÁN THU NHẬP	
<input type="checkbox"/>	12 tháng	<input type="checkbox"/>	13 tuần x 4
<input type="checkbox"/>	3 tháng	<input type="checkbox"/>	1 tháng x 12
7. TỔNG THU NHẬP			

MỤC II – Xác định của Medicaid

8. CÓ THƯ GIỚI THIỆU HỖ TRỢ CÔNG KHÔNG?

CÓ

KHÔNG

Giải thích:

MỤC III - Xác định

Yêu cầu của quý vị về Hỗ trợ Chăm sóc tại Bệnh viện của New Jersey đã được phê chuẩn. Trách nhiệm tài chính của quý vị bằng _____% trên hóa đơn bệnh viện áp dụng cho dịch vụ bắt đầu từ ngày _____. Bệnh viện có thể hỗ trợ _____% trên chi phí ở bệnh viện cho các dịch vụ sau này ở bệnh viện trong thời gian _____ tháng kể từ ngày đầu tiên cung cấp dịch vụ.

Yêu cầu của quý vị về Hỗ trợ Chăm sóc tại Bệnh viện của New Jersey đã bị từ chối vì quý vị không đáp ứng yêu cầu về đủ tiêu chuẩn. Các lý do cụ thể dẫn đến việc không đủ tiêu chuẩn gồm:

- Tài liệu chứng minh thu nhập không được cung cấp. *
- Tài liệu chứng minh tài sản không được cung cấp. **
- Thu nhập vượt quá tiêu chí về đủ tiêu chuẩn.
- Tài sản vượt quá tiêu chí về đủ tiêu chuẩn.
- Bệnh nhân được giới thiệu sang Medicaid
- Không xuất trình được văn bản từ chối của Medicaid
- Lý do khác

* Người đăng ký không đủ tiêu chuẩn bởi lý do không cung cấp các thông tin cụ thể cần chuyển thông tin này tới bệnh viện theo địa chỉ:

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

** Người đăng ký có tài sản vượt quá tiêu chí đủ tiêu chuẩn có thể lựa chọn “khấu trừ chi tiêu” phần tài sản thừa vào hóa đơn

của bệnh viện. Nếu quý vị trả _____ cho hóa đơn của bệnh viện, số dư còn lại có thể được coi như đủ tiêu chuẩn đối với

_____ % theo Chương trình Hỗ trợ Chăm sóc tại Bệnh viện của New Jersey.

TÊN NGƯỜI ĐĂNG GIA

CHỨC DANH

TÊN NGƯỜI ĐĂNG GIA	CHỨC DANH
--------------------	-----------

CHỮ KÝ	NGÀY
--------	------

Người đăng ký có thắc mắc về chương trình có thể liên hệ với
Bộ Y tế Tiểu bang New Jersey
CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM
CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360
Số điện thoại 1-866-588-5696

SỬA ĐỔI NGÀY 21/12/2015