

**Listahan ng mga Kinakailangan  
para sa Pagiging Karapat-dapat**

Pangalan ng Pasyente: \_\_\_\_\_

Medikal na Talaan #: \_\_\_\_\_

Petsa ng Serbisyo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero ng Account: \_\_\_\_\_

*Hinihikayat kayong mag-apply isang linggo bago ang anumang mga appointment na may katibayan ng appointment at/o pagsangguni.*

Upang maproseso ang iyong aplikasyon, inaatas ng Estado ng New Jersey ang sumusunod na mga dokumento:

**\*Mangyaring basahin ang listahan ng mga kinakailangan at tipunin ang mga dokumento bago bumalik upang mag-apply para sa tulong\***

Magbigay ng katibayan ng Pagkakakilanlan para sa: \_\_\_\_\_

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lisensya ng Pagmamaneho   | <input type="checkbox"/> Pasaporte                   | <input type="checkbox"/> ID sa County                             | <input type="checkbox"/> Kard ng Segurong Pangkalusugan |
| <input type="checkbox"/> Katibayan ng Kapanganakan | <input type="checkbox"/> Kard ng Segurong Panlipunan | <input type="checkbox"/> Kard ng Pagkakakilanlan bilang Empleyado | <input type="checkbox"/> Katibayan ng Kamatayan         |
| <input type="checkbox"/> Katibayan ng Kasal        | <input type="checkbox"/> Kapangyarihan ng Abugado    | <input type="checkbox"/> Iba pa _____                             |   |

Magbigay ng katibayan ng Paninirahan sa: \_\_\_\_\_

- |   |   |  |                                       |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pahayag ng Bayarin ng Palingkurang Bayan | <input type="checkbox"/> Pahayag ng Suporta   | <input type="checkbox"/> Lisensya ng Pagmamaneho sa NJ | <input type="checkbox"/> Iba pa _____ |
| <input type="checkbox"/> Kasunduan sa Upa/Renta                   | <input type="checkbox"/> Katibayan ng Tirahan o Pagpapatunay ng Landlord (Ibinigay) |  |                                       |

Magbigay ng katibayan ng Kita mula: \_\_\_\_\_ hangang \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mga pahayag ng sahod kaagad   | <input type="checkbox"/> Katibayan ng Suporta sa Bata/Sustento                             |
| <input type="checkbox"/> Sulat mula sa employer na nasa letterhead na nagsasaad ng kabuuang kita, dalas, petsa ng pagkatanggap sa trabaho, mga detalye sa segurong Medikal/Dental at/o 401K. | <input type="checkbox"/> Sulat/Iskedyul ng Pagkaloob ng Pinansyal na Tulong _____ Semestre |
| <input type="checkbox"/> Sulat ng pahayag ng walang trabaho/pagkaloob para sa kapansanan o nakaselyong limbag  | <input type="checkbox"/> Detalyadong sulat mula sa (mga) nangungupahan                     |
| <input type="checkbox"/> Pahayag ng suporta (Ibinigay ng kinatawan)  | <input type="checkbox"/> Sulat sa Pagkaloob ng Pensyon                                     |
| <input type="checkbox"/> Pahayag ng kita o pagkalugi mula sa Accountant na nasa letterhead. (Dapat may lagda)  | <input type="checkbox"/> Sulat sa Pagkaloob ng Segurong Panlipunan (Mga) Taon: _____       |
|  | <input type="checkbox"/> Katibayan ng suporta sa pera:                                     |

Magbigay ng katibayan sa LAHAT ng pinagkukunan sa: \_\_\_\_\_

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mga Pahayag ng Bangko       | <input type="checkbox"/> Mga ari-arian sa ibang bansa | <input type="checkbox"/> Mga Pahayag ng Plano sa 401K | <input type="checkbox"/> Mga Stock/Bond/CD/IRA |
| <input type="checkbox"/> Polisiya ng Seguro sa Buhay | <input type="checkbox"/> Pera                         |   |  |

**Mga Oras at Lokasyon ng Tanggapan ng Pinansyal na Tulong**

1 East New York Avenue  
Somers Point, NJ 08244  
(609) 653-3717 Opsyon 1  
Mga Oras: Lunes-Biyernes 8am – 5:30pm  
Mangyaring Tumawag Para sa Appointment

Petsa ng Pakikipanayam: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tagapanayam: \_\_\_\_\_

Kinatawan ng Pagfollow-up: \_\_\_\_\_

Numero ng Telepono: \_\_\_\_\_

Numero ng Fax: \_\_\_\_\_

**Programa ng New Jersey sa Tulong sa Pagbabayad sa Pangangalaga sa Ospital  
APLIKASYON PARA SA PAGLAHOK**

ANG KATIBAYAN NG PAGKAKAKILANLAN, KATIBAYAN NG KITA, AT KATIBAYAN NG MGA ARI-ARIAN AY DAPAT ISAMA SA APLIKASYONG ITO.  
IPADALA ANG MGA KOPYA NG LAHAT NG HINILING NA MGA DOKUMENTO. HUWAG IPADALA ANG MGA ORIHINAL NA MGA DOKUMENTO, DAHIL HINDI  
IBABALIK ANG MGA ITO.

**BAHAGI I – Personal na Impormasyon**

1. PANGALAN NG PASYENTE _____ (Apelyido)	_____ (Unang Pangalan)      _____ (GI)	NUMERO NG SEGURONG PANLIPUNAN ____ - ____ - _____
3. PETA NG APLIKASYON ____/____/____ Buwan      Araw      Taon	4. UNANG PETA NG SERBISYO ____/____/____ Buwan      Araw      Taon	5. HINIHLING NA PETA NG SERBISYO ____/____/____ Buwan      Araw      Taon
6. ADDRESS NG KALYE NG PASYENTE _____		7. NUMERO NG TELEPONO  (____) _____ - _____
8. LUNGSOD, ESTADO, ZIP CODE _____		9. LAKI NG PAMILYA *
10. PAGKAMAMAMAYAN SA U.S.  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Nakabinbing Aplikasyon	11. KATIBAYAN NG 3-BUWANG PANINIRAHAN SA ESTADO NG NJ  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	

12. PANGALAN NG TAGAPANAGOT (Kung hindi ang pasyente) \_\_\_\_\_

**BAHAGI II – Mga Pamantayan sa mga Ari-arian**

13. Indibidwal na mga Ari-arian: \_\_\_\_\_
14. Mga Ari-arian ng Pamilya: \_\_\_\_\_
15. Kasama sa mga Ari-arian: \_\_\_\_\_
- A. Pera \_\_\_\_\_
  - B. Mga Account ng Ipon \_\_\_\_\_
  - C. Mga Account ng Tseke \_\_\_\_\_
  - D. Katibayan ng Deposito / I.R.A. \_\_\_\_\_
  - E. Totoong Halaga ng Real Estate (maliban sa pangunahing tirahan) \_\_\_\_\_
  - F. Ibang mga Ari-arian (mga Treasury Bill, napapabilang na papel, Mga stock at bond sa mga korporasyon) \_\_\_\_\_
  - G. Kabuuan \_\_\_\_\_

\* Kasama sa laki ng pamilya ang sarili, asawa, at sinumang menor de edad na mga anak. Ang isang buntis ay binibilang bilang dalawang miyembro ng pamilya.

**APLIKASYON PARA SA PAGLAHOK (Pinapatuloy)**

### BAHAGI III – Mga Pamantayan sa Kita

Kapag tinutukoy ang pagiging karapat-dapat para sa tulong sa pangangalaga sa ospital, ang kita at mga ari-arian ng asawa ay dapat gamitin para sa isang nasa wastong gulang; ang kita at mga ari-arian ay dapat gamitin para sa isang menor de edad na anak. Ano katibayan na kita ay dapat kasama sa aplikasyong ito.

Ang kita ay batay sa pagkalkula ng alinman sa labing-dalawang buwan, tatlong buwan o isang buwan ng kita bago ang petsa ng serbisyo.

Ang Kabuuang Kita ng Pasyente / Pamilya ay katumbas ng mas mababa sa sumusunod:

Huling 12 Buwan	o	Huling 3 Buwan X4	o	Huling 1 Buwan X12

#### 16. PINAGKUKUNAN NG KITA

		Lingguhan	Buwanan	Taunan
A. Suweldo / Sahod Bago ang mga Pagbabawas	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Pampublikong Tulong	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Mga Benepisyo sa Segurong Panlipunan	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Kabayaran sa Kawalan ng Trabaho & Pasahod ng mga Manggangawa	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Mga Benepisyo ng Beterano	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Sustento / Suporta sa Bata	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Kanilang Suporta sa Pera	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Mga Bayad sa Pensyon	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Mga Bayad sa Seguro o Annuity	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Mga Dibidendo / Interes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Kita sa Upa	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Netong Kita ng Negosyo (Sariling Pagtatrabaho/Pinatunayan ng Malayang Pinanggalingan	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Iba pa (mga benepisyo sa welga, sahod sa pagsasanay, pamamahagi sa pamilya ng militar, kita mula sa mga ari-arian at trust)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Kabuuan	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### BAHAGI IV – Pagpapatunay ng Aplikante

Nauunawaan ko na ang impormasyong aking isinumite ay sasailalim sa beripikasyon ng naaangkop na pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan at ng Pederal o Pang-estadong mga Pamahalaan. Pananagutan ko ang lahat ng mga singil sa ospital at sasailalim sa sibil na parusa kung ako ay sadyang magsinungaling sa mga katotohanang ito.

Kung hihilingin ng pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan, mag-aapply ako para sa panggobyerno o pribadong medikal na tulong para sa pagbabayad ng singil sa ospital. Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas tungkol sa aking laki ng pamilya, kita, at mga ari-arian ay totoo at tama.

Nauunawaan ko na responsibilidad ko na ipaalam sa ospital ang anumang pagbabago sa katayuan tungkol sa aking kita o mga ari-arian.

---

17. Lagda ng Pasyente o Tagapanagot

18. Petsa

---

**Pangunahing Pagpapatunay ng Pasyente**

**Pangalan ng Pasyente:** \_\_\_\_\_ **Numero ng Account:** \_\_\_\_\_

**Petsa ng Serbisyo:** \_\_\_\_\_

**Mangyaring Lagyan ng Inisyal**

\_\_\_\_ Ako at/o aking asawa ay nagpapatunay na ako/kami ay walang kita at walang kinita simula \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hanggang \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_ Ako at/o aking asawa ay nagpapatunay na wala akong mga ari-arian ayon sa nakalista sa aplikasyon sa pangangalagang kawanggawa.

\_\_\_\_ Ako at/o aking asawa ay nagpapatunay na ako ay walang tahanan at walang tirahan simula \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_ Ako ay nagpapatunay na ako ay walang Medikal na Seguro sa panahon ng aking pagpasok sa Ospital.

\_\_\_\_ Ako ay nagpapatunay na ang aking pangalan ay \_\_\_\_\_. Hindi ako makapagbigay ng katibayan ng aking pagpapakilanlan dahil: \_\_\_\_\_  
(Isulat ang Dahilan)

\_\_\_\_ Ako at/o aking asawa ay nagpapatunay na ako/kami ay walang kita. Ang aming kabuuang kita/pera ay \$ \_\_\_\_\_  
Dalas

\_\_\_\_ Ako at/o aking asawa ay nagpapatunay na ako ay may mga ari-arian sa petsa ng serbisyo sa itaas na nagkakahalaga ng \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ Ako at/o aking asawa ay nagpapatunay na ako ay residente ng New Jersey at balak na mananatili sa New Jersey bilang aking tirahan.

\_\_\_\_ Ako ay nagpapatunay na ako ay wala o walang intensyon na gumawa ng paghahabol laban sa anumang ikatlong partido kung saan maaari akong humingi ng kabayaran, nang buo o bahagi, para sa mga medikal na serbisyo kung saan nauugnay ang aplikasyong ito (kasama, ngunit hindi limitado sa, mga paghahabol para sa walang kasalanan, pasahod sa mga manggagawa, may-ari ng bahay, mga benepisyo ng seguro ng motoristang hindi sapat ang seguro o walang seguro at mga paghahabol laban sa paglabag). Nauunawaan at sumasang-ayon ako na, kung ginawa ang anumang naturang paghahabol, maaaring bawiin ng Shore Medical Center ang pangangalagang kawanggawa nito at humingi ng kabayaran sa lahat ng mga sinisingil mula sa akin. Sumasang-ayon din ako na abisuhan ang Shore Medical Center kung ang isang paghahabol ay isinampa.

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Pasyente

\_\_\_\_\_  
Nakasulat na Pangalan

\_\_\_\_\_  
Petsa

**AWTORISASYON PARA SA PAGLABAS  
NG  
MGA MEDIKAL NA TALAAN, PINANSYAL AT DEMOGRAPIKONG IMPORMASYON**

**Pangalan:** \_\_\_\_\_ **P.N.K.** \_\_\_\_\_

**Tirahan:** \_\_\_\_\_

**Segurong Panlipunan:** \_\_\_\_\_

Ako, \_\_\_\_\_, sa pamamagitan nito, ay nagpapahintulot sa iyo na ilabas sa ADREIMA / Shore Medical Center ang anumang impormasyon kaugnay sa aking edad, paninirahan, pagkamamamayan, trabaho, kita, mga ari-arian at/o mga pahayag ng mga account sa bangko.

Ito ay nauunawaan na ang impormasyong makukuha ay gagamitin lamang para sa mga layuning direktang kaugnay sa pagiging karapat-dapat para sa mga Programa ng Segurong Panlipunan at Medicaid.

Ang paglabas na ito ay ginawa nang boluntaryo at sa aking lubos na pag-unawa.

**Lagda:** \_\_\_\_\_ **Petsa** \_\_\_\_\_

**Ang impormasyong nilalaman ng pormularyong ito ay pribilehiyo at kumpidensyal na impormasyon na inilalaan lamang para sa paggamit ng indibidwal o entidad na nakapangalan sa itaas. Kung ang nagbabasa ng mensaheng ito ay hindi ang dapat makatanggap, ikaw ay inaabisuhan, sa pamamagitan nito, na anumang pagsisiwalat, pagbabahagi o pagkopya ng komunikasyon ay mahigpit na ipinagbabawal. Kung natanggap mo ang komunikasyon na ito sa pagkakamali, mangyaring agarang abisuhan kami sa pamamagitan ng telepono at ibalik ang orihinal na mensahe sa amin sa address sa itaas sa pamamagitan ng Serbisyong Koreo ng U.S.**

**Salamat.**

**Pagkilala/Pahayag ng Suporta**

**Pangalan ng Pasyente:** \_\_\_\_\_ **Numero ng Account:** \_\_\_\_\_

**Petsa ng Serbisyo:** \_\_\_\_\_

Ang aking pangalan ay \_\_\_\_\_. Ako ay nagpapatunay na ibinibigay ko ang sumusunod na uri ng suporta at tulong sa indibidwal na nakapangalan sa itaas. Kinikilala ko ang indibidwal bilang pasyenteng nakapangalan sa itaas.

**Hindi ako responsible, o hindi ko kayang magbayad para sa anumang mga gastos sa ospital o medikal para sa kanya.**

**Mula:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **hanggang:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Oo      Hindi

Pagkain:           

Tirahan:           

Pera:                  \$ \_\_\_\_\_ Halaga \_\_\_\_\_ Dalas

Kasalukuyan akong naninirahan sa sumusunod na address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kung Kanino Ito Maaaring Nauukol:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Lagda ng Landlord/Tagasuporta**

\_\_\_\_\_  
**Telepono**

\_\_\_\_\_  
**Nakasulat na pangalan**

\_\_\_\_\_  
**Petsa**

\_\_\_\_\_  
**Lagda ng Pasyente**

\_\_\_\_\_  
**Petsa**