

Danh sách Kiểm tra đủ Điều kiện

Họ tên Bệnh nhân: _____

Số Hồ sơ Y tế: _____

Ngày Dịch vụ: ____/____/____

Số Tài khoản: _____

Khuyến khích nộp đơn một tuần trước bất kỳ cuộc hẹn nào đã có bằng chứng hẹn và/hoặc giấy giới thiệu.

Để xử lý đơn của bạn, Bang New Jersey yêu cầu các chứng từ sau:

Vui lòng đọc danh sách kiểm tra và tập hợp các chứng từ yêu cầu trước khi quay lại nộp đơn xin trợ giúp

Cung cấp bằng chứng về nhân thân cho: _____

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bằng lái xe | <input type="checkbox"/> Hộ chiếu | <input type="checkbox"/> ID của Hạt | <input type="checkbox"/> Thẻ Bảo hiểm Y tế |
| <input type="checkbox"/> Giấy khai sinh | <input type="checkbox"/> Thẻ An sinh Xã hội | <input type="checkbox"/> Thẻ ID Nhân viên | <input type="checkbox"/> Giấy chứng tử |
| <input type="checkbox"/> Chứng nhận kết hôn | <input type="checkbox"/> Giấy Ủy quyền | <input type="checkbox"/> Khác _____ | |

Cung cấp bằng chứng về Cư trú tại thời điểm: _____

- | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hóa đơn dịch vụ tiện ích | <input type="checkbox"/> Báo cáo hỗ trợ | <input type="checkbox"/> Bằng lái của Bang NJ | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Hợp đồng Thuê | <input type="checkbox"/> Chứng nhận Địa chỉ hoặc Xác nhận của Chủ nhà (Dự phòng) | | |

Cung cấp bằng chứng về thu nhập từ: _____ đến _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Phiếu trả lương ngay trước ngày dịch vụ | <input type="checkbox"/> Bằng chứng về Hỗ trợ nuôi con/Cấp dưỡng cho vợ sau li hôn |
| <input type="checkbox"/> Thư trên giấy in tiêu đề thư của người sử dụng lao động thể hiện tổng thu nhập, tần suất, ngày thuê tuyến, Bảo hiểm Y tế/Nha khoa và/hoặc chi tiết về 401K. | <input type="checkbox"/> Thư/Biểu lịch xác nhận Tài trợ tài chính/kế hoạch, Kỳ ____ |
| <input type="checkbox"/> Phiếu thất nghiệp/Thư Chứng nhận Tàn tật hoặc bản in được đóng dấu | <input type="checkbox"/> Thư chi tiết từ (những) người thuê nhà |
| <input type="checkbox"/> Bảng kê hỗ trợ (được cấp bởi đại diện) | <input type="checkbox"/> Thư Xác nhận Lương hưu |
| <input type="checkbox"/> Báo cáo Lỗ Lãi từ Kế toán trên giấy in tiêu đề thư (Phải được ký) | <input type="checkbox"/> Thư Xác nhận tiền An sinh Xã hội (các) Năm: ____ |
| | <input type="checkbox"/> Bằng chứng về hỗ trợ bằng tiền |

Cung cấp bằng chứng của TẤT CẢ các nguồn tiền tại thời điểm: _____

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sao kê Ngân hàng | <input type="checkbox"/> Tài sản sở hữu nước ngoài | <input type="checkbox"/> Sao kê tiền 401K | <input type="checkbox"/> Cổ phiếu/Trái phiếu/CD/IRA |
| <input type="checkbox"/> Trị giá tiền mặt của Đơn Bảo hiểm Nhân thọ | <input type="checkbox"/> Tiền mặt | | |

Giờ Làm việc và Địa điểm Văn phòng Trợ giúp Tài chính

Số 1 Đại lộ East New York
Somers Point, NJ 08244
(609) 653-3717 Chọn phím 1
Giờ làm việc: Thứ 2-Thứ 6. 8h sáng – 5h30 chiều
Vui lòng Gọi để Hẹn lịch

Ngày phỏng vấn: ____/____/____

Người phỏng vấn: _____

Đại diện theo dõi: _____

Số điện thoại: _____

Số Fax: _____

Chương trình Thanh toán Chăm sóc Sức khỏe của các Bệnh viện ở New Jersey
ĐƠN XIN THAM GIA

BẢNG CHỨNG VỀ NHÂN THÂN, BẢNG CHỨNG VỀ THU NHẬP, VÀ BẢNG CHỨNG VỀ TÀI SẢN PHẢI NỘP CÙNG VỚI ĐƠN NÀY.
HÃY GỬI BẢN SAO CỦA CÁC CHỨNG TỬ YÊU CẦU. KHÔNG GỬI BẢN GỐC, VÌ GIẤY TỜ SẼ KHÔNG ĐƯỢC TRẢ LẠI.

PHẦN I – Thông tin cá nhân

1. HỌ TÊN BỆNH NHÂN _____ (Họ) _____ (Tên) _____ (Tên đệm)		SỐ AN SINH XÃ HỘI ____ - ____ - _____
3. NGÀY CỦA ĐƠN ____ / ____ / ____ Tháng Ngày Năm	4. NGÀY BẮT ĐẦU DỪNG DỊCH VỤ ____ / ____ / ____ Tháng Ngày Năm	5. NGÀY YÊU CẦU DỊCH VỤ ____ / ____ / ____ Tháng Ngày Năm
6. TÊN ĐƯỜNG ĐỊA CHỈ CỦA BỆNH NHÂN		7. SỐ ĐIỆN THOẠI (____) _____ - _____
8. THÀNH PHỐ, BANG, MÃ ZIP		9. QUY MÔ GIA ĐÌNH *
10. CÔNG DÂN HOA KỲ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đang chờ quyết định	11. BẢNG CHỨNG CƯ TRÚ 3 THÁNG TẠI BANG NJ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
12. HỌ TÊN NGƯỜI BAO LÀNH (Nếu không phải bệnh nhân khai)		

PHẦN II – Tiêu chí Tài sản

13. Tài sản Cá nhân: _____

14. Tài sản Gia đình: _____

15. Tài sản Bao gồm:

A. Tiền mặt _____

B. Tài khoản tiết kiệm _____

C. Tài khoản vãng lai _____

D. Chứng nhận Tiền gửi / I.R.A. _____

E. Quyền sở hữu trong Bất động sản (ngoài nơi cư trú chính) _____

F. Tài sản khác (Tín phiếu kho bạc, giấy tờ có thể chuyển nhượng, cổ phiếu và trái phiếu Doanh nghiệp) _____

G. Tổng _____

* Quy mô gia đình bao gồm bản thân, vợ hoặc chồng và bất kỳ đứa con nào dưới tuổi vị thành niên. Một phụ nữ đang có thai được tính là hai thành viên gia đình

ĐƠN XIN THAM GIA (Còn tiếp)

Rà soát tháng 2 năm 2011

PHẦN III – Tiêu chí Thu nhập

Khi xác định về tình trạng đủ điều kiện được hưởng chăm sóc y tế bệnh viện, thu nhập và tài sản của vợ hoặc chồng phải được sử dụng cho một người lớn; thu nhập và tài sản của bố mẹ phải được sử dụng cho một đứa con dưới tuổi vị thành niên. Bằng chứng thu nhập phải nộp cùng với đơn này.

Thu nhập được dựa trên tính toán của mười hai tháng, ba tháng hoặc một tháng thu nhập trước ngày dịch vụ.

Tổng thu nhập Bệnh nhân/Gia đình bằng con số thấp hơn trong những số sau:

12 tháng gần nhất	hoặc	3 tháng gần nhất x 4	hoặc	1 tháng gần nhất x 12

16. NGUỒN THU NHẬP

	Tuần	Tháng	Năm
A. Lương trước các Khoản Khấu trừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trợ cấp Công	<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"/>
D. Bồi thường thất nghiệp và Thù lao người lao động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Phúc lợi Cựu Chiến binh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tiền cấp dưỡng cho vợ/Hỗ trợ nuôi con sau li hôn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Hỗ trợ bằng tiền	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Tiền Lương hưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Tiền Bảo hiểm hoặc Trợ cấp Thường niên	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Cổ tức / Lãi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Thu nhập từ Cho thuê	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Thu nhập Kinh doanh thuần (tự doanh/được xác minh bởi bên độc lập)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Khác (tiền đình công, thù lao đào tạo, trợ cấp 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHẦN IV – Cam kết bởi Người nộp đơn

Tôi hiểu rằng thông tin tôi nộp sẽ được xác minh bởi đơn vị chăm sóc sức khỏe phù hợp và Chính phủ Liên bang hoặc Tiểu bang. Việc khai sai sự thật những nội dung này sẽ khiến tôi phải chịu trách nhiệm trả tất cả viện phí và bị phạt dân sự.

Nếu cơ sở chăm sóc sức khỏe tha thiết đề nghị, tôi sẽ đăng ký các chương trình trợ giúp y tế công và tự để trang trải cho hóa đơn viện phí.

Tôi xác nhận rằng các thông tin trên liên quan đến quy mô gia đình, thu nhập và tài sản là đúng và chính xác.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo với bệnh viện về bất kỳ thay đổi tình trạng nào liên quan đến thu nhập và tài sản của tôi.

17. Chữ ký Bệnh nhân hoặc Người Bảo lãnh

18. Ngày

Xác nhận Cơ bản của Bệnh nhân

Họ tên Bệnh nhân: _____ Số Tài khoản: _____

Ngày Dịch vụ: _____

Vui lòng Ký nháy

_____ Tôi và/hoặc vợ hoặc chồng tôi xác nhận rằng tôi/chúng tôi không có thu nhập và chưa có thu nhập nào từ ___/___/___ đến ___/___/___

_____ Tôi và/hoặc vợ hoặc chồng tôi xác nhận rằng tôi không có tài sản như đã liệt kê trên đơn xin chăm sóc từ thiện.

_____ Tôi và/hoặc vợ hoặc chồng tôi xác nhận rằng tôi vô gia cư và đã vô gia cư từ ___/___/___

_____ Tôi xác nhận tôi không có Bảo hiểm Y tế tại thời điểm tôi nhập Viện.

_____ Tôi xác nhận tên tôi là _____. Tôi không thể cung cấp bằng chứng về nhân thân bởi vì: _____

(Nêu lý do)

_____ Tôi và/hoặc vợ hoặc chồng tôi xác nhận tôi/chúng tôi có thu nhập. Thu nhập tổng/tiền mặt của chúng tôi là _____ \$ và chúng tôi được trả theo _____.

(Tần suất)

_____ Tôi và/hoặc vợ hoặc chồng tôi xác nhận tôi có tài sản vào ngày dịch vụ với số tiền là _____ \$.

_____ Tôi và/hoặc vợ hoặc chồng tôi xác nhận tôi là cư dân của New Jersey và dự định sẽ tiếp tục cư trú tại New Jersey.

_____ Tôi xác nhận rằng tôi chưa và không có ý định sẽ đưa ra yêu cầu đòi đền bù đối với bất kỳ bên thứ ba nào mà tôi có thể xin được khoản thanh toán, toàn bộ hoặc từng phần, cho các dịch vụ y tế mà đơn này có liên quan (bao gồm nhưng không giới hạn ở các yêu cầu đền bù vô điều kiện, phúc lợi người lao động, bảo hiểm cho chủ nhà, phúc lợi bảo hiểm cho người lái xe ô tô dưới mức chi trả hoặc không được bảo hiểm và các yêu cầu đòi bồi thường thiệt hại dân sự). Tôi hiểu và đồng ý rằng, nếu tôi đưa ra bất kỳ yêu cầu nào như thế thì Trung tâm Y tế Shore có thể rút lại dịch vụ chăm sóc từ thiện và yêu cầu tôi thanh toán tất cả viện phí. Tôi cũng đồng ý sẽ thông báo cho Trung tâm Y tế Shore nếu tôi nộp đơn yêu cầu đó.

Chữ ký Bệnh nhân

Họ tên viết chữ in

Ngày

**THƯ CHO PHÉP TIẾT LỘ CÁC HỒ SƠ Y TẾ, THÔNG TIN TÀI CHÍNH VÀ
THÔNG TIN NHÂN KHẨU**

Họ tên: _____ Ngày sinh _____

Địa chỉ: _____

Cơ quan An sinh Xã hội: _____

Tôi _____, bằng thư này cho phép cái ngài tiết lộ bất kỳ thông tin nào liên quan đến tuổi tác, cư trú, tư cách công dân, nghề nghiệp, thu nhập, tài sản và/hoặc sao kê tài khoản ngân hàng của tôi cho ADREIMA / Trung tâm Y tế Shore.

Chúng ta hiểu rằng thông tin thu thập được sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích trực tiếp liên quan đến tình trạng đủ điều kiện được hưởng các Chương trình An sinh Xã hội và Medicaid

Sự tiết lộ này được thực hiện một cách tự nguyện và với sự hiểu biết đầy đủ của tôi.

Chữ ký: _____ Ngày _____

Thông tin có trong biểu mẫu này là thông tin bí mật và phải có đặc quyền mới truy cập được, chỉ dành riêng cho cá nhân hoặc pháp nhân có tên ở trên. Nếu người đọc tin nhắn này không phải là người nhận, chúng tôi xin thông báo rằng việc phổ biến, phát tán hoặc sao chép thông tin liên lạc bị nghiêm cấm. Nếu bạn nhận được bản thông tin liên lạc này do sơ suất nào đó, vui lòng thông báo ngay cho chúng tôi bằng điện thoại và trả thư gốc cho chúng tôi theo địa chỉ trên qua Dịch vụ Bưu điện Hoa Kỳ.

Xin cảm ơn.

Xác nhận/Tuyên bố Hỗ trợ:

Họ tên Bệnh nhân: _____ Số Tài khoản: _____

Ngày Dịch vụ: _____

Tôi tên là _____. Tôi xác nhận rằng tôi cung cấp loại hỗ trợ và trợ giúp sau cho bệnh nhân có tên ở trên. Tôi thừa nhận cá nhân đó là bệnh nhân có tên ở trên.

Từ: ____/____/____ đến : ____/____/____

	Có	Không		
Thực phẩm:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chỗ ở:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tiền mặt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____
			Số tiền	Tần suất

Hiện nay tôi đang cư trú tại địa chỉ sau: _____

Kính gửi cơ quan có thẩm quyền:

Chữ ký Chủ nhà/Người hỗ trợ

Số điện thoại

Họ tên viết chữ in

Ngày

Chữ ký Bệnh nhân

Ngày