

# 新泽西医疗费用援助计划

## (New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program)

### (“慈善医疗”)

# 参与申请

本申请必须随附身份证明、收入证明、资产证明。  
 邮寄所有规定凭证的复本至：JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn: Admitting Department  
 请勿邮寄原始凭证，因为这些凭证将不予寄还

第一节——个人信息												
1.患者姓名						2.社会安全号码						
(姓氏)		(名字)		(中间名)								
3.申请日期			4.初始服务日期			5.申请的服务日期						
月	日	年	月	日	年	月	日	年				
6.患者住所街道名称						7.电话号码						
8.城市、州、邮政编码						9.家庭人数*						
						#	姓名			出生日期		
10.美国国籍						11.在新泽西州居住 3 个月的证明						
<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	未决申请	<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否			
12.担保人（非患者本人）/其他人的姓名												
第二节——资产条件												
13.个人资产：												
14.家庭资产：												
15.包括的资产：												
A. 现金												
B. 储蓄帐户												
C. 支票帐户												
D. 存款证明/个人退休金帐户												
E. 房地产股票（主要住宅除外）												
F. 其他资产（短期无息国库券、可流通 票据、企业股票、债券）												
G. 合计												
合计												
*家庭人数包括自己、配偶、所有未成年子女。孕妇算作两个家庭成员。												
决定医疗护理补助金资格时，成年人必须使用其配偶的收入和资产；必须使用家长的收入和资产												

### 第三节——收入条件

- 决定医疗护理补助金资格时，成年人必须使用其配偶的收入和资产；未成年子女必须使用家长的收入和资产。
- 本申请必须随附收入证明。
- 收入基于服务日期前十二个月、三个月或一个月的收入计算。
- 患者/家庭总收入等于下列三个数值中较小的一个：

最近 12 个月		最近 3 个月 (x 4)		最近 1 个月 (x 12)
	或		或	

16.收入来源	每周	每月	每年
A. 扣税前的薪酬/工资			
B. 公共援助金			
C. 社会安全福利			
D. 失业补偿金 & 工伤赔偿金			
E. 退伍军人福利			
F. 赡养费/子女抚养费			
G. 其他资金援助			
H. 养老金			
I. 保险金或年金			
J. 股息/利息			
K. 租金收入			
L. 经营净收入（个体经营/独立来源验证）			
M. 其他收入（罢工津贴、培训津贴、军人家庭养家费、房产和信托基金产生的收入）			
N. 合计			

### 第四节——申请人证明书

本人了解本人提交的信息将经过合适的医疗机构及联邦和/或州政府的验证。若蓄意错误陈述这些事实，本人将承担所有医疗费用，并接受刑事处罚和民事处罚。

如果医疗机构有要求，本人将申请政府或私人医疗保险，用于支付医疗费用。

本人证明，上述与本人的家庭人数、收入及资产相关的信息真实准确。

本人了解，本人有责任向医院告知与本人的收入或资产状态相关的变更。

<b>17.患者或担保人签字</b>	<b>18.日期</b>