

新澤西醫療費用援助計劃
 (New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program)
 (「慈善醫療」)
參與申請

本申請必須隨附身份證明、收入證明和資產證明。
 郵寄所需文件的副本至：JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn: Admitting Department
 請勿郵寄正本，因為這些文件將不予寄還

第一節—個人資料										
1.病人姓名					2.社會安全號碼					
(姓氏)			(名字)		(中間名)					
3.申請日期			4.服務開始日期			5.申請的服務日期				
月	日	年	月	日	年	月	日	年		
6.病人住址街道名稱					7.電話號碼					
8.城市、州、郵遞區號					9.家庭人數*					
					#	姓名			出生日期	
10.美國國籍					11.在新澤西州居住 3 個月的證明					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.擔保人（如非病人本人）/其他人的姓名										
第二節—資產條件										
13.個人資產：										
14.家庭資產：										
15.包括的資產：										
A. 現金										
B. 儲蓄戶口										
C. 支票戶口										
D. 存款證明/個人退休金戶口										
E. 房地產資產（主要住宅除外）										
F. 其他資產（短期無息國庫券、可流通票據、企業股票、債券）										
G. 合計										
合計										

*家庭人數包括自己、配偶、所有未成年子女。孕婦將計算為兩個家庭成員。

決定醫療護理補助金資格時，成年人必須使用其配偶的收入和資產；必須使用家長的收入和資產

第三節—收入條件

- 決定醫療護理補助金資格時，成年人必須使用其配偶的收入和資產；未成年子女必須使用家長的收入和資產。
- 本申請必須隨附收入證明。
- 收入基於服務日期前十二個月、三個月或一個月的收入計算。
- 病人/家庭總收入等於下列中最少的一項：

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

16.收入來源	每週	每月	每年
A. 扣稅前的薪酬/工資			
B. 公共援助金			
C. 社會安全福利			
D. 失業補償金及工傷賠償金			
E. 退伍軍人福利			
F. 贍養費/子女撫養費			
G. 其他資金援助			
H. 養老金			
I. 保險金或年金			
J. 股息/利息			
K. 租金收入			
L. 淨營商收入（自僱人士/由獨立來源驗證）			
M. 其他收入（罷工津貼、培訓津貼、軍人家庭養家費、房產和信託基金產生的收入）			
N. 合計			

第四節—申請人證明書

本人明白，本人提交的資料將經過合適的醫療機構及聯邦和/或州政府的驗證。如果蓄意錯誤陳述這些事實，本人將承擔所有醫療費用，並接受刑事處罰和民事處罰。

如果醫療護理機構有要求，本人將申請政府或私人醫療保險，以支付醫療費用。

本人證明，上述與本人的家庭人數、收入及資產相關的資料真實準確。

本人明白，本人有責任告訴醫院本人收入或資產狀態相關的變更。

17.病人或擔保人簽署	18.日期