

뉴저지 병원 지원 프로그램 참가 신청서

본 신청서에 신분증, 소득 증명서 및 자산 증명서를 첨부하십시오.
필요 서류를 다음 주소로 보내주십시오: JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn: Admitting Department
원본은 반환되지 않습니다. 원본을 보내지 마십시오.

1항-개인 정보												
1.환자 성명						2.사회보장번호						
(성)		(이름)				(가운데 이름 첫글자)						
3.신청일				4. 서비스 개시일				5. 서비스 신청일				
년	월	일	년	월	일	년	월	일	년	월	일	
6. 환자의 주소						7.전화번호						
8.주, 시 및 우편번호						9.가족수*						
						#	성명				생년월일	
10.미국 시민권						11. 뉴저지주내 3개월 체류 증명						
네	아니오		처리중인 신청서			네	아니오					
12.보증인 성명 (환자가 아닌 경우)/기타												
2항-자산 기준												
13. 개인 자산:												
14.가족 자산:												
15. 포함된 자산:												
A. 현금												
B. 저축 예금												
C. 당좌 예금												
D. 양도성 예금 증서/개인 연금 적금												
E. 부동산 지분 (주거주지 외)												
F. 기타 자산 (정부채권, 유통 어음, 주식, 채권)												
G. 총액												
총액												
*가족수는 본인, 배우자 및 미성년자 자녀가 포함됩니다. 임신중인 여성은 2명으로 간주됩니다.												
병원 서비스 지원 자격을 결정할 때 성인의 경우 배우자의 소득 및 자산을 포함해야 되며 부모의 소득 및 자산을 포함해야 됩니다.												

3항—소득 기준

- 병원 서비스 지원 자격을 결정할 때 성인의 경우 배부 소득 및 포함해야 되며 부모 포함 포함 됩니다.
- 소득 증명서를 본 신청서에 첨부해야 됩니다.
- 소득은 의료 서비스 이전의 12개월, 3개월 또는 1개월간의 소득을 의미합니다.
- 환자/가족의 총소득은 다음중의 가장 낮은 금액을 의미합니다.

지난 12개월		지난 3개월 (x 4)		지난 1개월 (x 12)
	또는		또는	

16. 소득원	주간	월간	년간
A. 공제 이전의 급여			
B. 정부 보조			
C. 사회보장 소득			
D. 실직 및 산재 보상			
E. 재향군인 소득			
F. 이혼수당/양육비			
G. 기타 금전적 지원			
H. 연금			
I. 보험금 또는 연금 지급			
J. 배당금/이자			
K. 임대수입			
L. 순사업수입 (자영업/제삼자 기관에 의해 확인)			
M. 기타 (파업 수당, 교육 수당, 군인가족 수당, 유산 또는 신탁 수입)			
N. 총수입			

5항—신청인 확인사항

본인이 제공하는 정보는 적절한 의료기관 및 연방정부/또는 주정부의 확인 대상이 될 수 있다는 점을 이해하고 있습니다. 고의로 잘못된 정보를 제공하는 경우 모든 병원비를 부담하고 형사 및 민사 책임을 질 수 있습니다.

의료기관의 요청이 있는 경우 정부 또는 민간 의료보험을 신청해서 병원비를 지불할 것입니다.

본인의 가족수, 소득 및 자산과 관련된 정보가 사실이고 맞다는 것을 확인합니다.

본인은 본인의 소득 또는 자산과 관련된 변경사항에 대해서 병원측에 통보할 책임이 있습니다.

17. 환자 또는 보증인의 서명	18. 날짜