

โครงการความช่วยเหลือด้านการชำระเงินจากการรักษาในโร  
พยาบาลของ New Jersey  
ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ

ต้องแนบหลักฐานแสดงตัวตน หลักฐานการมีรายได้ และหลักฐานแสดงสินทรัพย์มาพร้อมกับใบสมัครนี้ ส่งสำเนาของเอกสารทั้งหมดที่ได้รับการร้องขอ  
อย่าส่งเอกสารต้นฉบับเนื่องจากเอกสารนั้นจะไม่ถูกส่งคืน

ส่วนที่ I - ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อผู้ป่วย _____ (นามสกุล) _____ (ชื่อ) _____ (ชื่อกลาง)		หมายเลขประกันสังคม _____
3. วันที่สมัคร _____ / _____ / _____ เดือน วัน ปี	4. วันที่เริ่มให้บริการ _____ / _____ / _____ เดือน วัน ปี	5. วันที่ขอรับบริการ _____ / _____ / _____ เดือน วัน ปี
6. ที่อยู่ของผู้ป่วย		7. เบอร์โทรศัพท์ ( ) -
8. เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์		9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว*
10. สัญชาติอเมริกัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใบสมัครที่รอดำเนินการ		11. หลักฐานแสดงการอยู่อาศัยเป็นเวลา 3 เดือนในรัฐนิวเจอร์ซีย์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
12. ชื่อผู้รับประกัน (ถ้าไม่ใช่ผู้ป่วย)		13. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> รวม CWF
14. ผู้ป่วยได้รับความคุ้มครองโดยประกันภัยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

ส่วนที่ II - เกณฑ์สินทรัพย์ (ใช้ในสำนักงาน)

15. สินทรัพย์ส่วนบุคคล: \_\_\_\_\_
16. สินทรัพย์ของครอบครัว \_\_\_\_\_
17. สินทรัพย์รวมถึง:
- ก. เงินสด \_\_\_\_\_
  - ข. บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ \_\_\_\_\_
  - ค. บัญชีเช็ค \_\_\_\_\_
  - ง. ใบบรรองเงินฝาก / I.R.A. \_\_\_\_\_
  - จ. ส่วนทุนของอสังหาริมทรัพย์ (นอกเหนือจากที่อยู่อาศัยหลัก) \_\_\_\_\_
  - ฉ. สินทรัพย์อื่น ๆ (ตัวเงินคลัง ตราสารเปลี่ยนมือ  
หุ้นและพันธบัตรของบริษัท) \_\_\_\_\_
  - ช. รวมทั้งหมด \$ 0.00 \_\_\_\_\_

\* จำนวนสมาชิกในครอบครัวรวมถึงตัวเอง คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หญิงตั้งครรภ์นับเป็นสมาชิกในครอบครัว 2 คน

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ (ต่อ)

ส่วนที่ III - เกณฑ์รายได้

เมื่อพิจารณาถึงสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือในการรักษาของโรงพยาบาล ต้องใช้รายได้และทรัพย์สินของคู่สมรสสำหรับผู้ใหญ่  
ต้องใช้รายได้และทรัพย์สินของบิดามารดาสำหรับเด็กที่ไม่บรรลุนิติภาวะ ต้องแนบหลักฐานการมีรายได้มาพร้อมกับใบสมัครนี้

รายได้ขึ้นอยู่กับค่าของ 12 เดือน 3 เดือน หรือหนึ่งเดือนอย่างใดอย่างหนึ่งของรายได้ก่อนวันที่ให้บริการ

รายได้รวมของผู้ป่วย / ครอบครัวเท่ากับจำนวนที่น้อยกว่าของรายการดังต่อไปนี้:

12 เดือนล่าสุด	หรือ	3 เดือนล่าสุด X4	หรือ	1 เดือนล่าสุด X12

18. แหล่งที่มาของรายได้

		รายสัปดาห์	รายเดือน	รายปี
ก. เงินเดือน / ค่าจ้างก่อนการหักเงิน	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. ความช่วยเหลือจากรัฐบาล	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. สวัสดิการประกันสังคม	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. เงินชดเชยการว่างงานและทดแทนแรงงาน	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. สวัสดิการทหารผ่านศึก	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. ค่าเลี้ยงดู / ค่าเลี้ยงดูบุตร	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช. เงินช่วยเหลือ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ซ. เงินบำนาญ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฅ. เงินประกันหรือเงินที่จ่ายรายปี	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ญ. เงินปันผล / ดอกเบี้ย	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฎ. เงินค่าเช่า	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฏ. รายได้สุทธิจากธุรกิจ(ธุรกิจส่วนตัว / ได้รับการยืนยันโดยแหล่งที่มาอิสระ)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ท. อื่น ๆ (ผลประโยชน์การนัดหยุดงาน ค่าฝึกอบรม เงินจัดสรรครอบครัวทหาร รายได้จากที่ดินและการลงทุน)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฒ.รวม	\$ 0.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ IV - การรับรองโดยผู้สมัคร

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าส่งอาจถูกตรวจสอบโดยสถานพยาบาลที่เหมาะสมและรัฐบาลกลางหรือรัฐ  
การแจ้งข้อมูลที่ผิดโดยจงใจจะทำให้ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดและต้องได้รับโทษทางแพ่ง

หากได้รับการร้องขอโดยสถานพยาบาล ข้าพเจ้าจะสมัครขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ของรัฐหรือเอกชนเพื่อจ่ายบิลโรงพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ และทรัพย์สินของข้าพเจ้าเป็นความจริงและถูกต้อง

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าในการแจ้งให้โรงพยาบาลทราบเกี่ยวกับสถานะการเปลี่ยนแปลงใด  
ที่เกี่ยวกับรายได้หรือทรัพย์สินของข้าพเจ้า

๗

19. ลายเซ็นของผู้ป่วยหรือผู้ค้ำประกัน

20. วันที่

## การรับรองเบื้องต้นของผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย: \_\_\_\_\_ หมายเลขบัญชี: \_\_\_\_\_

วันที่รับบริการ: \_\_\_\_\_ ที่อยู่: \_\_\_\_\_

### โปรดเซ็นด้วยชื่อ

\_\_\_\_\_ ข้าพเจ้าและ / หรือคู่สมรสรับรองว่า ข้าพเจ้า / เราไม่มีรายได้และไม่มีรายได้ตั้งแต่ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ข้าพเจ้าและ / หรือคู่สมรสของข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีทรัพย์สินตามที่ระบุไว้ในใบสมัคร charity care

\_\_\_\_\_ ข้าพเจ้าและ / หรือคู่สมรสของข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นคนจรจัดและเป็นคนจรจัดตั้งแต่ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ข้าพเจ้าและ / หรือคู่สมรสของข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้า / เราไม่มีประกันสุขภาพที่คุ้มครองยอดค่าชำระสำหรับบริการของโรงพยาบาล

\_\_\_\_\_ ข้าพเจ้ายืนยันว่าชื่อของข้าพเจ้าคือ \_\_\_\_\_ ข้าพเจ้าไม่สามารถแสดงหลักฐานได้

บัตรประจำตัวเนื่องจาก: \_\_\_\_\_  
(แจ้งเหตุผล)

\_\_\_\_\_ ข้าพเจ้าและ / หรือคู่สมรสของข้าพเจ้ารับรองว่าข้าพเจ้า / เรามีรายได้ รายได้ทั้งหมด / เงินสดของเราคือ \$ \_\_\_\_\_ และเราได้รับค่าจ้าง \_\_\_\_\_ เป็นประจำ.

ความถี่

\_\_\_\_\_ ข้าพเจ้าและ / หรือคู่สมรสของข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้ามีสินทรัพย์ในวันที่รับบริการข้างต้นเป็นจำนวนเงิน \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ ข้าพเจ้าและ / หรือคู่สมรสของข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้อาศัยอยู่ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ และตั้งใจที่จะใช้ในวันเจอร์ซีย์เป็นที่อยู่อาศัยของข้าพเจ้าต่อไป

อาศัยอยู่ที่: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ข้าพเจ้ารับรองว่าข้าพเจ้า ไม่ได้ทำและข้าพเจ้าไม่ได้ตั้งใจที่จะเรียกร้องกับบุคคลที่สามใด ๆ ที่ข้าพเจ้าสามารถได้รับการชำระเงินทั้งหมดหรือบางส่วนสำหรับการบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับใบสมัครนี้ (รวมถึง แต่ไม่จำกัดเพียงประกัน การเรียกร้องค่าเสียหายจากการไม่ผิด ค่าสินไหมทดแทนสำหรับคนทำงาน ประกันภัยเจ้าของบ้าน ประกันภัยรถยนต์ที่ไม่มีประกันหรือที่น้อยกว่าค่าเสียหายที่แท้จริง และการเรียกร้องค่าเสียหาย) ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับว่าหากมีการเรียกร้องดังกล่าว Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center อาจถอน charity care และเรียกเก็บเงินค่าบริการทั้งหมดจากข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายอมรับว่าจะแจ้งให้แก่ Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center ทราบเมื่อมีการยื่นคำร้องดังกล่าว



Hackensack  
Meridian *Health*  
Pascack Valley  
Medical Center

---

ลายเซ็นของผู้ป่วย

---

พิมพ์ชื่อ

---

วันที่