

**Chương Trình Trợ Giúp Trả Phí Bệnh Viện New Jersey
ĐƠN XIN THAM GIA**

**PHẢI GỬI KÈM BẢNG CHỨNG VỀ DANH TÍNH, BẢNG CHỨNG THU NHẬP, VÀ BẢNG CHỨNG TÀI SẢN CÙNG VỚI ĐƠN XIN NÀY.
GỬI BẢN SAO CỦA TẤT CẢ CÁC GIẤY TỜ ĐƯỢC YÊU CẦU. VUI LÒNG ĐỪNG GỬI BẢN GỐC VÌ SẼ KHÔNG ĐƯỢC TRẢ LẠI.**

MỤC I – Thông Tin Cá Nhân

1. TÊN BỆNH NHÂN		SỐ AN SINH XÃ HỘI
(Tên họ)	(Tên gọi)	(Tên đệm viết tắt)
3. NGÀY NỘP ĐƠN XIN	4. NGÀY BẮT ĐẦU NHẬN DỊCH VỤ	5. NGÀY YÊU CẦU DỊCH VỤ
Tháng / Ngày / Năm	Tháng / Ngày / Năm	Tháng / Ngày / Năm
6. ĐỊA CHỈ CÓ TÊN ĐƯỜNG CỦA BỆNH NHÂN		7. SỐ ĐIỆN THOẠI
8. THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, SỐ ZIP CODE		9. SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH *
10. CÔNG DÂN HOA KỲ	11. BẢNG CHỨNG CƯ NGỰ TẠI TIỂU BANG NEW JERSEY TRONG 3 THÁNG	
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Đơn xin đang chờ giải quyết	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
12. TÊN CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH (Nếu không phải là bệnh nhân)	13. BỆNH NHÂN CÓ TRÊN 65 TUỔI KHÔNG?	
	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bao gồm CWF	
14. BỆNH NHÂN CÓ BẢO HIỂM KHÔNG? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

MỤC II – Các Tiêu Chí về Tài Sản (chỉ dành cho văn phòng sử dụng)

15. Tài Sản Cá Nhân: _____

16. Tài Sản của Gia Đình: _____

17. Các Tài Sản bao gồm:

- A. Tiền Mặt _____
- B. Truong Mục Tiết Kiệm _____
- C. Truong Mục Chi Phiếu _____
- D. Truong Mục Chứng Nhận Ký Thác / I.R.A. _____
- E. Quyền Sở Hữu Bất Động Sản (không phải là nơi cư ngụ chính) _____
- F. Tài Sản Khác (Công Trái, cổ phiếu công ty, và trái phiếu) _____
- G. Tổng Cộng \$ 0.00 _____

* Số người trong gia đình bao gồm bản thân, vợ/chồng và con cái vị thành niên. Phụ nữ đang mang thai được tính là hai người trong gia đình.

ĐƠN XIN THAM GIA (tiếp theo)

MỤC III – Tiêu Chí về Thu Nhập

Khi xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận tài trợ trả phí bệnh viện, phải sử dụng các nguồn tài sản và thu nhập của vợ/chồng cho một người lớn; phải sử dụng tài sản và thu nhập của cha mẹ cho trẻ vị thành niên. Phải gửi kèm theo bằng chứng về thu nhập cùng với đơn xin này.

Thu nhập dựa trên cách tính 12 tháng, 3 tháng, hoặc 1 tháng thu nhập trước ngày nhận dịch vụ.

Tổng Thu Nhập Trước Khi Trừ Thuế của Bệnh Nhân / Gia Đình tương đương với mức thấp hơn của các mức sau đây:

12 tháng vừa qua	hoặc	3 tháng vừa qua X4	hoặc	1 tháng vừa qua X12

18. CÁC NGUỒN THU NHẬP

Hàng Tuần Hàng Tháng Hàng Năm

A. Lương Tháng/Lương Theo Giờ Trước Khi Trừ Thuế	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trợ Cấp Chính Phủ	_____	<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. Trợ Cấp Thất Nghiệp và Bồi Thường Tai Nạn Lao Động	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Trợ Cấp Cựu Chiến Binh	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tiền Chu Cấp cho Vợ (Chồng) đã ly dị / Chu Cấp Nuôi Con	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Chu Cấp Tiền Bạc	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Các Khoản Trợ Cấp Hưu Trí	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Các Khoản hoặc Tiền Niên Kim từ Bảo hiểm	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Cổ Tức/ Lợi Tức	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Thu Nhập từ Nhà Cho Thuê	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Thu Nhập Kinh Doanh Sau Khi Trừ Các Khoản (tự kinh doanh/được xác nhận bởi nguồn độc lập)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Loại khác (trợ cấp đình công, phụ cấp theo chương trình huấn luyện, trợ cấp cho gia đình quân nhân, thu nhập từ di sản và quỹ tín thác)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Tổng Cộng	\$ 0.00 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MỤC IV – Chứng Nhận của Đương Đơn

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi nộp có thể được cơ sở y tế thích hợp và Chính Quyền Liên Bang hoặc Tiểu Bang kiểm tra xác minh. Nếu cố ý khai man các thông tin này, tôi sẽ phải trả toàn bộ các khoản lệ phí bệnh viện và có thể bị phạt dân sự.

Nếu cơ sở y tế yêu cầu, tôi sẽ nộp đơn xin trợ cấp y tế của chính phủ hoặc tư nhân để trả hóa đơn bệnh viện.

Tôi chứng nhận rằng thông tin ở trên về số người trong gia đình, thu nhập và tài sản của tôi là đúng và trung thực.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho bệnh viện nếu có bất kỳ thay đổi nào về tình trạng tài sản hoặc thu nhập của tôi.

19. Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Người Bảo Lãnh

20. Ngày

Phần Chứng Thực Chính của Bệnh Nhân

Tên Bệnh Nhân: _____

Số Hồ Sơ: _____

Ngày Nhận Dịch Vụ: _____

Địa Chỉ: _____

Vui Lòng Ký Tắt

_____ Tôi và/hoặc vợ/chồng tôi chứng nhận rằng tôi/chúng tôi không có thu nhập và không có thu nhập kể từ ___ / ___ / ___ đến ___ / ___ / ___

_____ Tôi và/hoặc vợ (chồng) của tôi chứng nhận rằng tôi không có tài sản như được ghi trong đơn xin dịch vụ y tế từ thiện .

_____ Tôi và/hoặc vợ chồng tôi chứng nhận rằng tôi vô gia cư và trong hoàn cảnh vô gia cư kể từ ___ / ___ / ___

_____ Tôi và/hoặc vợ (chồng) tôi chứng nhận rằng tôi/chúng tôi không có Bảo Hiểm Y Tế để trả khoản tiền còn nợ cho các dịch vụ bệnh viện của tôi.

_____ Tôi chứng nhận rằng tên tôi là _____. Tôi không thể cung cấp bằng chứng về danh tính bởi vì: _____

(Cho biết lý do)

_____ Tôi và/hoặc vợ (chồng) tôi chứng nhận rằng tôi/chúng tôi có thu nhập. Tổng thu nhập trước khi trừ thuế/thu nhập tiền mặt của chúng tôi là \$ _____ và chúng tôi được trả _____ một lần.
mức độ thường xuyên

_____ Tôi và/hoặc vợ (chồng) tôi chứng nhận rằng tôi có tài sản vào ngày nhận dịch vụ ở trên với trị giá là \$ _____.

_____ Tôi và/hoặc vợ (chồng) tôi chứng nhận rằng tôi là cư dân New Jersey và dự định tiếp tục cư ngụ ở New Jersey.

Hiện cư ngụ tại: _____

_____ Tôi chứng nhận rằng tôi chưa và không có ý định lập hồ sơ yêu cầu bồi thường từ bất kỳ bên thứ ba nào mà tôi có thể yêu cầu trả, toàn bộ hoặc một phần, cho các dịch vụ y tế liên quan đến đơn xin này (bao gồm nhưng không giới hạn ở các hồ sơ yêu cầu bồi thường bất kể do lỗi ai, bồi thường tai nạn lao động, bảo hiểm nhà, khoản trả cho người lái xe không có đủ bảo hiểm hoặc không có bảo hiểm và các yêu cầu bồi thường do sai phạm). Tôi hiểu và đồng ý rằng, nếu có bất kỳ yêu cầu bồi thường nào nói trên, thì Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center có thể hủy bỏ dịch vụ chăm sóc từ thiện và yêu cầu tôi phải trả tất cả các khoản lệ phí. Tôi cũng đồng ý thông báo cho Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center biết khi tôi lập hồ sơ yêu cầu bồi hoàn chi phí.



Hackensack
Meridian *Health*
Pascack Valley
Medical Center

Chữ Ký Bệnh Nhân

Tên Viết Bằng Chữ In

Ngày