



慈善医疗/经济援助申请流程

您可以在出院或接受门诊治疗后一年内申请经济援助 (Financial Assistance)。

未投保、保额不足或无资格参加州和联邦计划的新泽西州居民可以享受慈善医疗 (Charity Care)。

要获得申请资格，您必须同时满足收入和资产资格条件。

慈善医疗仅包括医院护理。该计划不适用于对其服务独立收费的医生或其他医疗服务提供者。

- 请填写并签署申请表。（如果您在多家 Hackensack Meridian Health 医院接受治疗，您需要为您接受服务的每家医院签署一份申请表。）
- 附上所有所需文件的副本。
- 所有文件均以初始服务日期为准。
- 如果您是 21 岁或未满 21 岁的全日制大学生，须由父母或监护人填写申请表并提供必要的证明文件。请提供学生身份证明以及当前和以前学期的财务奖励信。

如果您对申请表或申请所需的文件有任何疑问，请致电联系您接受服务的医院的财务顾问。

- **Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 (551) 996-4343**
- **Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 (201) 854-5092**
- **JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 (732) 321-7534**

对于以下医院，请致电 **732-902-7080**

- **Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753**
- **Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724**
- **Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701**
- **Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050**
- **Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733**
- **Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753**
- **Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ**
- **Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ**

为了进一步协助我们处理您的慈善医疗申请，请仅提供适用于您的情况的下列文件副本。如果未提供下列适用文件或您的申请不完整，我们将无法处理您的申请。所有所需文件均以服务日期为准。服务日期是指您实际住院的第一天。

患者、配偶、18 岁以下儿童和 21 岁及以下全日制大学生的个人身份证件

- 请为每个家庭成员选择一项：驾照、出生证明、社会保障卡、护照

保险卡

- 请复印保险卡正反面

包含服务日期余额的银行/资产报表

- 支票、储蓄和借记卡账户对账单
- 如存款超过所报告收入，可能需要解释
- 任何 CD、IRA、401K、股票或债券的当前文件

服务日期前一个月的收入证明

- 劳动收入证明，包括工资单或雇主在商业信笺上签署的总收入书面证明
- 如果您是个体经营者，则需要提供由会计师签署的损益表以及上一年的纳税申报表副本。如果您的企业是合伙企业或公司，请提供会计师的一封信，说明您的每周薪资提成。
- 非劳动收入证明，包括但不限于退休金、子女抚养费、赡养费、退伍军人福利、社会保障奖励信、所有家庭成员的 SSI 奖励信、失业或州残疾记录或其他财务资助

服务日期之前的居住证明

- 须显示街道地址，而不是邮政信箱
- 请从以下各项中选择一项：驾照、租约副本、水电费账单、服务日期前发出的注明本人姓名、地址及日期的邮件

患者证明：（在所有适用的地方签名并注明日期）

- 已婚者须提供配偶证明（在所有适用的地方签名并注明日期）。

如果您没有收入，请随函附上与您同住并为您提供经济支持的人员（配偶除外）签署的支持信。

请将您的申请表和文件邮寄到上面您申请慈善医疗的地址。（提醒：慈善医疗是特定于医院的，因此如果您在多个地点接受服务，则需要为每个地点提交一份申请表。）



**New Jersey Hospital Care Assistance Program
Charity Care Application**

Check ALL hospitals where you received services:

() HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH

() SOMC () RBMC () OBMC

SECTION I – PERSONAL INFORMATION

患者姓名（姓氏、名字、中间名首字母）		出生日期		
申请日期	服务日期	是否怀孕？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
患者的街道地址		电话/手机号码 ()		
城市、州、邮政编码		*家庭人数	婚姻状况	
您是否是美国公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 成为合法居民的日期： _____		您是否是新泽西州居民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
担保人姓名（如果不是患者本人）		是否投保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 保险公司： _____ 保单号： _____		
其他家庭成员	关系	出生日期	是否怀孕？是/否	是否投保？是/否
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

第二部分 – 资产条件

资产包括：

- A. 储蓄账户 _____
- B. 支票账户 _____
- C. 存款证明/个人退休账户 (IRA) _____
- D. 房地产权益（主要住所除外） _____
- E. 其他资产、401K、股票及债券 _____
- F. 总计 _____

* 家庭人数包括本人、配偶及任何未成年子女。孕妇算作两名家庭成员。

第三部分 - 收入条件

确定是否有资格获得医院护理援助时，将使用患者及其配偶（如适用）的收入。
父母的收入须用于未成年子女。本申请表须附有收入证明。收入根据服务日期前十二个月、三个月、一个月或一周的收入计算。

雇主名称: _____

总收入
\$ _____

收入来源:	每周	每月	每年
A. 扣税前的薪酬/工资 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 公共援助金 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 社会保障/残疾福利 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 失业补偿金和工伤赔偿金 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 退伍军人福利 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 赡养费/子女抚养费 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 其他资金援助 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 养老金 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 保险金或年金 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 股息/利息 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 租金收入 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 净营业收入 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 其他（罢工津贴、培训津贴、 军人家庭养家费、房产或信托） _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他收入来源: _____			

第四部分- 申请人证明

本人了解本人提交的信息须经适当的医疗机构及联邦或州政府核实。
如故意歪曲事实，本人将承担所有医疗费用，并受到民事处罚。

如果医疗机构有要求，本人将申请政府或私人医疗援助，以支付医院账单。

本人证明，上述有关本人家庭状况、收入及资产的信息真实无误。

本人明白，如果本人的收入或资产状况有任何变化，本人有责任通知医院。

患者或监护人签名

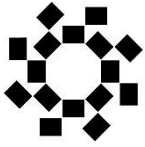
日期

仅限办公用途: 责任 未投保 _____ %

投保后 _____ %

批准日期 : _____ 生效日期: _____ 终止日期: _____

评估人签名: _____



患者证明

请在可能适用于您的情况的各项下方签名：

1. 本人证明，截至_____，本人没有获得任何收入。
日期

(患者/责任方)

关系

日期

2. 本人证明，本人没有通过自己或任何其他方持有任何资产（银行账户、存单等）。

(患者/责任方)

关系

日期

3. 本人证明，本人是无家可归者，并且自_____以来一直无家可归。

(患者/责任方)

关系

日期

4. 本人证明，本人没有通过自己或任何其他方获得医疗保险来支付本人账单的未付金额。

(患者/责任方)

关系

日期

居住证明须由患者/责任方签字

5. 本人证明，本人在接受服务时是新泽西州居民，并且本人打算继续在新泽西州居住。

(患者/责任方)

关系

日期

6. 本人确认，据本人所知，就此证明提供的所有信息均属实、完整、准确。

(患者/责任方)

关系

日期

审核人



配偶证明

仅在可能适用于您的情况的各项下方签名：

1. 本人证明，截至_____，本人没有获得任何收入。
日期

(配偶/责任方)

关系

日期

2. 本人证明，本人没有通过自己或任何其他方持有任何资产（银行账户、存单等）。

(配偶/责任方)

关系

日期

3. 本人证明，本人是无家可归者，并且自_____以来一直无家可归。

(配偶/责任方)

关系

日期

4. 本人证明，本人没有通过自己或任何其他方获得医疗保险来支付本人账单的未付金额。

(配偶/责任方)

关系

日期

居住证明须由患者/责任方签字

5. 本人证明，本人在接受服务时是新泽西州居民，并且本人打算继续在新泽西州居住。

(配偶/责任方)

关系

日期

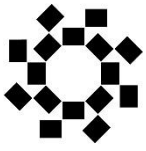
6. 本人确认，据本人所知，就此证明提供的所有信息均属实、完整、准确。

(配偶/责任方)

关系

日期

审核人



支持信

患者:

日期:

出生日期:

初始服务日期:

由为患者提供支持的人员填写。不包括与患者同住的配偶。

本人保证下列信息真实无误。本人完全了解，提供虚假信息或未能提供所要求的完整信息可构成欺诈的证据，Hackensack Meridian Health 可能会采取任何适当的法律行动。本人进一步了解，如果信息是伪造的、不完整的或有任何误导性，本人将承担个人责任。

请勾选以下任何适用项:

上述人士自以下日期起与本人同住: _____

上述人士在接受服务时是新泽西州居民，目前在任何其他州或国家没有住所，并打算继续在新泽西州居住。

上述人士不受任何类型的医疗保险（包括 Medicaid 或 Medicare）保障。

上述人士目前处于失业状态，并且在上述服务日期前至少失业一个月。

上述人士不领取失业救济金或任何其他类型的福利（残疾福利、SSI、社会福利等）。

本人目前为上述人士提供食物和住所。

本人每月向上述人士提供 \$_____ 的现金。

上述人士不与本人同住，但本人提供以下形式的支持:

_____。

您与上述人士的关系

签名

地址: _____

(城市)

(州)

(邮政编码)

电话号码: _____