

자선 케어/재정 지원 신청서 양식이 동봉되어 있습니다.

퇴원 후 또는 외래환자 진료를 받은 후 1년 이내에 재정 지원을 신청할 수 있습니다.

자선 케어는 보험에 가입하지 않았거나, 보험이 부족하거나 또는 주 및 연방 프로그램 가입 자격이 없는 뉴저지 주민들에게 제공됩니다.

소득 및 자산 적격 기준을 충족해야 가입 자격이 있습니다.

자선 케어는 병원 진료에 대해 보상합니다. 이 프로그램은 자신이 제공한 서비스에 대해 독립적으로 청구하는 의사 또는 기타 제공자에게는 해당되지 않습니다.

- 신청서를 작성하고 서명하십시오
- 모든 요구되는 문서의 사본을 첨부하십시오.
- 모든 문서는 서비스 일자가 기준이 됩니다.
- 귀하의 최초 서비스 일자는 _____입니다
- 21세 이하의 정규 대학생의 경우, 부모 또는 후견인이 신청서를 작성하고 필요한 증빙 서류를 제공해야 합니다. 학생 신분 증명을 제공하십시오.

신청 또는 신청에 요구되는 서류 관련 질문이 있는 경우, 732-902-7080의 재정 카운슬러에게 전화하십시오. 카운슬러에게는 월요일 ~ 금요일, 오전 8:00 - 오후 4:00에 연락할 수 있습니다.

() JERSEY SHORE UNIVERSITY MEDICAL CENTER (JSUMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1945 STATE ROUTE 33
NEPTUNE, NJ 07753

() SOUTHERN OCEAN MEDICAL CENTER (SOMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1140 ROUTE 72 WEST
MANAHAWKIN, NJ 08050

() OCEAN MEDICAL CENTER (OMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
425 JACK MARTIN BLVD
BRICK, NJ 08724

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER - PERTH AMBOY (RBMC-PA)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
530 NEW BRUNSWICK AVE
PERTH AMBOY, NJ 08861

() RIVERVIEW MEDICAL CENTER (RMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 RIVERVIEW PLAZA
RED BANK, NJ 07701

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER - OLD BRIDGE (RBMC-OB)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 HOSPITAL PLAZA
OLD BRIDGE, NJ 08857

() BAYSHORE COMMUNITY HOSPITAL (BCH)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
727 NORTH BEERS STREET
HOLMDEL, NJ 07733

귀하의 자선 케어 신청을 처리할 수 있도록 귀하의 상황에 해당되는 하기 서류의 사본을 제출하십시오. 하기 해당 서류를 제공하지 않거나 귀하의 신청서가 불완전한 경우, 우리는 귀하의 신청서를 처리할 수 없습니다. 모든 요구되는 서류는 귀하의 서비스 일자가 기준이 됩니다. 서비스 일자란 귀하가 실제로 병원에 있었던 첫 날을 의미합니다.

보험 카드는 앞면과 뒷면을 복사하십시오

환자, 배우자, 18 세 미만 자녀 및 21 세 미만 정규 대학생의 개인 ID.

- 가족의 각 구성원에 대해 다음 중 하나를 선택하십시오: 운전면허증, 출생증명서, 사회보장카드, 여권

귀하의 서비스 일자 당일 잔액을 포함한 자산 명세서

- 당좌, 저축 및 직불카드 계좌 명세서
- 명세서를 출력한 경우, 금융 기관 담당자가 스탬프를 찍고 서명하도록 하십시오.
- 귀하의 신고 소득에 대한 입금액은 해명이 필요할 수 있습니다.
- CD, IRA, 401K, 주식 또는 채권에 대한 현재 서류.

서비스 일자 이전 한 달 동안의 소득 증명

- 급여 명세서 또는 비즈니스 레터헤드 상에 적힌 귀하 직장으로부터의 총 수입에 대한 서명된 명세서를 포함한 근로소득 증명.
- 자영업자의 경우, 회계사가 서명한 손익계산서가 필요합니다.
- 퇴직연금, 자녀 양육비, 이혼 수당, VA 수당, 사회보장 수당 레터, 모든 가족 구성원을 위한 SSI 수당 레터, 실업 또는 주정부 장애 기록 또는 기타 재정 기여를 포함한 불로 소득 증명.
- 전년도 세금 신고서의 전체 사본. 제출하지 않은 경우에는 1-800-829-1040 으로 전화하여 비제출자 지위 확인서를 요청하십시오.

서비스 일자 이전의 주거 증명

- 번지를 표시해야 합니다 – 사서함 안 됨
- 다음 중 하나를 선택하십시오: 운전면허증, 임대차 서류 사본, 유틸리티 청구서, 부양서, 귀하의 이름과 번지가 적힌 서비스 일자 이전에 발급된 날짜 적힌 우편

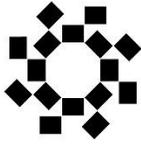
환자의 선서: (해당되는 곳에 모두 서명하고 날짜를 기입).

- 기혼인 경우 배우자의 선서(해당되는 곳에 모두 서명하고 날짜를 기입).

동봉된 부양서를 귀하를 부양하고 있는 동거인(배우자 이외)으로 하여금 서명하도록 하십시오.

신청서와 서류를 다음 주소로 우송하십시오:

Jersey Shore University Medical Center
Financial Assistance
1945 State Route 33
Neptune, NJ 07753-9986



New Jersey Hospital Care Assistance Program

참여 신청

() JSUMC () OMC () RMC () BCH () SOMC () RB-PA () RB-OB

섹션 I - 개인 정보

환자 성명 (성, 이름, 중간 이니셜)		사회보장		생년월일	
신청일	서비스 일자	전화 언어		임신 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
환자의 번지				전화/휴대폰 번호 ()	
시, 주, 우편번호				가족 규모	혼인 여부
미국 시민권 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 법적 거주 시작일: _____		뉴저지 거주 증명 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 응급 서비스			
보증인 성명 (환자가 아닌 경우)		보험 보상: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		성명: _____ 보험증서 #: _____	
기타 가족 구성원	관계	생년월일	임신	보험 보장	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
섹션 II - 자산 기준					

자산에 포함되는 항목:

- A. 저축 계좌 _____
- B. 당좌 계좌 _____
- C. 예금 증서 / IRA _____
- D. 부동산 지분 (기본 주거지 이외) _____
- E. 기타 자산, 401K, 주식 및 채권 _____
- F. 합계 _____

* 가족 규모에는 본인, 배우자 및 미성년 자녀가 포함됩니다. 임신 여성은 두 명의 가족 구성원으로 계수됩니다.

섹션 III- 소득 기준

성인 환자를 위한 병원 진료 지원의 적격성을 판단할 때 성인 부모에 대해 배우자의 소득과 입금내역을 사용해야 합니다. 미성년 자녀의 경우 소득과 입금내역을 사용해야 합니다. 소득증명서를 이 신청서에 첨부해야 합니다. 소득은 서비스 일자 이전의 십이개월, 삼개월, 일개월 또는 일주 소득의 계산에 근거합니다.

직장명: _____ 총 소득
\$ _____

소득원:	주	월	년
A. 공제 전 급여 / 임금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 공적 부조 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 사회보장/장애 급여 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 실업 및 산재 보상. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 보훈 급여 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 이혼수당 / 자녀양육비 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 기타 금전적 지원 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 연금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 보험 및 연금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 배당금 / 이자 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 임대 소득 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 순사업 소득 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 기타 (과업 급여, 교육 급여, 군인 가족 배당금, 재산 또는 신탁) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기타 소득원: _____			

섹션 IV - 신청자에 의한 인증

본인은 제가 제출하는 정보가 해당 보건 시설 및 연방 또는 주 정부의 검증을 받음을 이해합니다. 이러한 사실을 고의적으로 허위 진술할 경우 모든 병원비에 대해 법적 책임이 있는 것을 인정합니다.

병원이 요청하는 경우, 본인은 병원비 납부를 위해 정부 또는 민간 의료 지원을 신청할 것입니다.

본인은 본인의 가족 현황, 소득 및 자산에 대한 상기 정보가 모두 사실이며 정확함을 확인합니다.

본인은 소득 및 자산 상태에 대한 변동 사항을 병원에 알릴 책임이 있음을 인정합니다.

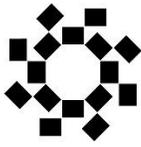
환자 또는 후견인의 서명 _____ **일자** _____

공무 전용: 책임 보험 보상 없음 _____ %

보험 보상 후 _____ %

승인일: _____ 발효: _____ 해지: _____

평가자 서명: _____



환자 선서

아래에서 귀하의 상황에 해당되는 사항에 서명하십시오:

1. 본인은 _____ 현재 소득이 없음을 증언합니다.

일자

(환자 / 책임자)

관계

일자

2. 본인은 자신 또는 다른 당사자를 통한 자산이 없음(은행 계좌, CD 등)을 증언합니다.

(환자 / 책임자)

관계

일자

3. 본인은 흡리스이고 _____ 부터 흡리스였음을 증언합니다

(환자 / 책임자)

관계

일자

4. 본인은 자신 또는 다른 당사자를 통해 본인 청구서의 잔액을 보상할 의료 보험이 없음을 증언합니다.

(환자 / 책임자)

관계

일자

거주 증언은 환자/책임자가 서명해야 합니다

5. 본인은 의료 서비스를 받았을 당시 뉴저지 주민이고/이었고 본인은 뉴저지 주민으로 지속적으로 거주할 의도가 있음을 증언합니다.

(환자 / 책임자)

관계

일자

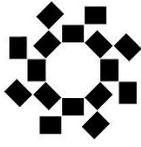
6. 본인은 이 증언서에 제공한 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이고, 완전하며 정확함을 확인합니다.

(환자 / 책임자)

관계

일자

면접자



배우자 증언

아래에서 귀하의 상황에 해당되는 사항에 서명하십시오:

1. 본인은 _____ 현재 소득이 없음을 증언합니다.
일자

(배우자 / 책임자)

관계

일자

2. 본인은 자신 또는 다른 당사자를 통한 자산이 없음(은행 계좌, CD 등)을 증언합니다.

(배우자 / 책임자)

관계

일자

3. 본인은 홈리스이고 _____ 부터 홈리스였음을 증언합니다

(배우자 / 책임자)

관계

일자

4. 본인은 자신 또는 다른 당사자를 통해 본인 청구서의 잔액을 보상할 의료 보험이 없음을 증언합니다.

(배우자 / 책임자)

관계

일자

거주 증언은 환자/책임자가 서명해야 합니다

5. 본인은 의료 서비스를 받았을 당시 뉴저지 주민이고/이었고 본인은 뉴저지 주민으로 지속적으로 거주할 의도가 있음을 증언합니다.

(배우자 / 책임자)

관계

일자

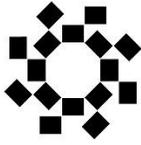
6. 본인은 이 증언서에 제공한 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이고, 완전하며 정확함을 확인합니다.

(배우자 / 책임자)

관계

일자

면접자



부양서 / 지원서

환자:

일자:

생년월일:

최초 서비스 일자:

환자를 부양하고 있는 사람이 작성할 것. 귀하와 함께 살고 있는 배우자는 포함하지 않습니다.

본인은 하기 정보가 사실이고 정확함을 인증합니다. 본인은 허위 정보 제공 또는 요청된 완전한 정보를 제공하지 않는 것이 사기에 대한 근거를 구성할 수 있고 Meridian Health 가 적절한 법적 조치를 취할 수 있음을 충분히 이해합니다. 또한 본인은 정보가 허위, 불완전하거나 오해의 소지가 있는 경우 개인적 책임을 질 것임을 이해합니다.

아래의 해당 사항 모두 체크:

- 상기 이름의 개인은 본인과 함께 살고 있으며 (일자): _____ 부터 함께 살아왔습니다
- 상기 이름의 사람은 의료 서비스를 받을 당시 뉴저지 주민이었으며 다른 주 또는 국가에 거주하지 않고 뉴저지주에 지속적으로 거주할 의도입니다.
- 상기 이름의 사람은 Medicaid 또는 Medicare 를 포함하여 어떠한 타입의 의료 보험도 없습니다.
- 상기 이름의 사람은 현재 실직 중이고 위에 표시된 서비스 일자 이전 적어도 한 달 동안 실직했습니다.
- 상기 이름의 사람은 실업 급여 또는 장애인 급여, SSI, 복지 급여 등 기타 급여를 받지 않습니다.
- 본인은 상기 이름의 사람을 위해 음식과 잠자리를 제공하고 있습니다.
- 본인은 상기 이름의 사람에게 월 \$ _____ 의 현금을 제공하고 있습니다.
- 상기 이름의 사람은 본인과 함께 살고 있지는 않지만 본인은 다음 형식의 부양을 제공합니다:

_____ 서명
상기 이름의 사람과의 관계

주소: _____

전화번호: _____