

กรุณาตอบแบบฟอร์มใบสมัคร Charity Care/Financial Aid ของคุณ

คุณสามารถขอ Financial Aid ภายใน 1 ปีหลังได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาล หรือได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก

Charity Care มีให้สำหรับผู้อยู่อาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ที่ไม่มีประกัน ประกันไม่ครอบคลุมหรือไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โครงการของรัฐและรัฐบาลกลาง

คุณต้องมีทั้งรายได้และสินทรัพย์ตรงตามเกณฑ์สิทธิ์ที่พึงได้จึงจะมีคุณสมบัติ

Charity Care จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล โครงการนี้ไม่สามารถใช้กับแพทย์หรือผู้ให้บริการรายอื่น ๆ ที่เรียกเก็บเงินค่าบริการอย่างอิสระ

- กรุณากรอกข้อมูลและเซ็นชื่อในใบสมัคร
- แนบสำเนาเอกสารที่จำเป็นทั้งหมด
- เอกสารทั้งหมดมาจากวันที่รับบริการ
- วันเริ่มต้นหรือวันแรกในการรับบริการของคุณคือ _____
- หากคุณอายุ 21 ปีหรือต่ำกว่า และเป็นนักศึกษาวิทยาลัยภาคปกติ บิดามารดาหรือผู้ปกครองของคุณจะต้องกรอกใบสมัครและให้เอกสารประกอบที่จำเป็น
กรุณาแสดงหลักฐานสถานภาพนักศึกษาของคุณ

หากคุณมีคำถามใด ๆ เกี่ยวกับการสมัครหรือเอกสารที่จำเป็นต้องใช้ กรุณาติดต่อผู้ให้คำปรึกษาทางการเงินที่ **732-902-7080**

ผู้ให้คำปรึกษาให้บริการตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา **8:00 น. - 16:00 น.**

() 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

กรุณาเตรียมสำเนาเอกสารตามรายการด้านล่างที่ตรงกับสถานการณ์ของคุณ เพื่อช่วยเราดำเนินการใบสมัครของคุณใน **charity care** ต่อไป

หากไม่มีเอกสารที่เหมาะสมตามรายการด้านล่าง หรือใบสมัครของคุณกรอกไม่ครบถ้วน เราจะไม่สามารถดำเนินการสมัครให้คุณ

เอกสารที่จำเป็นทั้งหมดมาจากวันที่รับบริการของคุณ วันที่รับบริการหมายถึงวันแรกที่คุณอยู่ในโรงพยาบาลตามจริง

กรุณาถ่ายสำเนาบัตรประกันสุขภาพด้านหน้าและด้านหลัง

บัตรประจำตัวสำหรับผู้ป่วย คู่สมรส บุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี และนักศึกษาวิทยาลัยภาคปกติอายุต่ำกว่า 21 ปี

- กรุณาเลือกหนึ่งรายการสำหรับสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวของคุณ: ใบอนุญาตขับขี่ สูติบัตร บัตรประกันสังคม หนังสือเดินทาง

ใบแจ้งยอดสินทรัพย์ที่มียอดคงเหลือ ณ วันที่รับบริการของคุณ

- ใบแจ้งยอดบัญชีกระแสรายวัน ออมทรัพย์ และบัตรเดบิต
- หากใบแจ้งยอดเป็นฉบับพิมพ์ ให้ประทับตราและลงนามโดยตัวแทนของสถาบันการเงิน
- เงินฝากที่นอกเหนือจากรายได้ที่คุณรายงาน อาจต้องมีการให้คำอธิบาย
- เอกสารปัจจุบันสำหรับ CD, IRA, 401K หุ้น หรือพันธบัตร

หลักฐานรายได้ในช่วงหนึ่งเดือนก่อนวันที่รับบริการ

- หลักฐานรายได้ที่ได้รับ รวมถึงเช็คเงินค่าจ้าง หรือใบแจ้งยอดรายได้รวมที่ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรจากนายจ้างของคุณที่มีตราธุรกิจบนหัวจดหมาย
- หากคุณประกอบอาชีพอิสระ ต้องมีงบกำไรขาดทุนที่ลงนามโดยนักบัญชี
- หลักฐานรายได้พิเศษ รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะเงินบำนาญเมื่อเกษียณอายุ การเลี้ยงดูบุตร ค่าเลี้ยงดู เงินสงเคราะห์ทหารผ่านศึก หนังสือแจ้งรับเงินจากประกันสังคม หนังสือแจ้งรับเงินสวัสดิการเพิ่มเติม สำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัว บันทึกการว่างงาน หรือความทุพพลภาพของรัฐ หรือเงินสมทบทางการเงินอื่น ๆ
- กรอกสำเนาการยื่นภาษีของคุณสำหรับปีก่อนหน้า หากคุณไม่ได้ยื่นภาษี กรุณาติดต่อที่ 1-800-829-1040 เพื่อขอยืนยันสถานะที่ไม่ใช่ผู้ยื่น

หลักฐานที่อยู่อาศัยก่อนวันที่รับบริการ

- ต้องแสดงบ้านเลขที่ - ไม่ใช่ตู้ไปรษณีย์
- กรุณาเลือกหนึ่งรายการต่อไปนี้: ใบอนุญาตขับขี่ สำเนาสัญญาเช่า ใบเสร็จค่าสาธารณูปโภค หนังสือรับรองจดหมายลงวันที่พร้อมชื่อและที่อยู่ของคุณที่ออกให้ก่อนวันที่รับบริการ

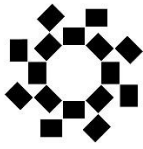
การรับรองผู้ป่วย: (ลงนามและลงวันที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด)

- การรับรองคู่สมรส หากแต่งงาน: (ลงนามและลงวันที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด)

มีหนังสือรับรองตามที่แนบมา ซึ่งลงนามโดยบุคคลที่คุณอาศัยอยู่ด้วย (นอกเหนือจากคู่สมรส) ที่ช่วยรับรองให้คุณ

กรุณาส่งใบสมัครและเอกสารของคุณทางไปรษณีย์ไปที่

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



Assistance Program)

การสมัครเข้าร่วม

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

ส่วนที่ 1 - ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้ป่วย (ชื่อสกุล ชื่อต้น ตัวย่อชื่อกลาง)		ประกันสังคม	วันเดือนปีเกิด	
วันที่สมัคร	วันที่รับบริการ	ภาษาที่ต้องการ		ตั้งครรถ์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ที่อยู่ของผู้ป่วย			หมายเลขโทรศัพท์/โทรศัพท์มือถือ ()	
เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์		ขนาดครอบครัว	สถานภาพการสมรส	
ความเป็นพลเมืองสหรัฐฯ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> เป็นผู้พักอาศัยตามกฎหมายตั้งแต่: _____		หลักฐานที่อยู่อาศัย ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> บริการฉุกเฉิน		
ชื่อผู้รับรอง (หากนอกเหนือจากผู้ป่วย)	ความสัมพันธ์ตามประกัน:	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ชื่อ: _____ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่: _____		
สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ	ความสัมพันธ์	วันเดือนปีเกิด	ตั้งครรถ์	ความสัมพันธ์ตามประกัน
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

ส่วนที่ 2 - เกณฑ์ด้านสินทรัพย์

สินทรัพย์ ได้แก่:

- ก. บัญชีออมทรัพย์ _____
- ข. บัญชีกระแสรายวัน _____
- ค. บัตรเงินฝาก/IRA _____
- ง. การถือหุ้นในอสังหาริมทรัพย์ (นอกเหนือจากที่อยู่อาศัยหลัก) _____
- E. สินทรัพย์อื่น ๆ 401K หุ้นและพันธบัตร _____
- จ. รวมทั้งหมด _____

*ขนาดครอบครัวรวมทั้งตัวเอง คู่สมรส และบุตรที่เป็นผู้เยาว์ สตรีที่ตั้งครรภ์จะนับเป็นสมาชิกครอบครัวสองคน

ส่วนที่ 3 - เกณฑ์ด้านรายได้

เมื่อพิจารณาสิทธิ์ที่พึงได้สำหรับความช่วยเหลือในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ต้องใช้รายได้และเครดิตของคู่สมรสสำหรับของพ่อแม่ที่เป็นผู้ใหญ่ ต้องใช้รายได้และเครดิตสำหรับบุตรผู้เยาว์ หลักฐานรายได้ต้องแนบพร้อมกับใบสมัครนี้ รายได้จะมาจาก การคำนวณรายได้สิบสองเดือน สามเดือน หนึ่งเดือน หรือหนึ่งสัปดาห์ก่อนวันที่รับบริการ

ชื่อนายจ้าง:

รายได้รวม

ดอลลาร์

แหล่งที่มาของรายได้:

รายสัปดาห์

รายเดือน

รายปี

- A. เงินเดือน/ค่าจ้างก่อนหักภาษี _____
- B. ความช่วยเหลือจากรัฐ _____
- C. สิทธิประโยชน์จากประกันสังคม/ของผู้ทุพพลภาพ _____
- D. การว่างงานและเงินชดเชยคนงาน _____
- E. สิทธิประโยชน์ของทหารผ่านศึก _____
- F. ค่าเลี้ยงดู/เงินสนับสนุนบุตร _____
- G. การช่วยเหลือด้านการเงินอื่น ๆ _____
- H. เงินบำนาญ _____
- I. ประกันหรือเงินที่ได้รับตามสิทธิ์รายปี _____
- J. เงินปันผล/ดอกเบี้ย _____
- K. รายได้จากภาษีให้เช่า _____
- L. รายได้จากธุรกิจ _____
- M. อื่น ๆ (สิทธิประโยชน์การนัดหยุดงาน เงินอุดหนุน การจัดสรร อสังหาริมทรัพย์ หรือสินทรัพย์ให้แก่ครอบครัวทหาร) _____

แหล่งที่มาของรายได้อื่น ๆ: _____

หมวดที่ 4 - การรับรองข้อมูลของผู้สมัคร

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าส่งไป อยู่ภายใต้การตรวจสอบโดยสถานพยาบาลและรัฐบาลกลางหรือรัฐที่มีความเหมาะสม การเจตนาให้ข้อมูลที่เป็นเท็จจะส่งผลให้ข้าพเจ้าต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลทั้งหมด โดยมีบทลงโทษทางแพ่ง

ข้าพเจ้าจะสมัครรับความช่วยเหลือทางราชการหรือทางการแพทย์ส่วนบุคคลเรื่องการชำระเงินคืนในแง่หนึ่งของโรงพยาบาล หากได้รับการร้องขอจากสถานพยาบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับสถานะครอบครัวของข้าพเจ้า รายได้ และทรัพย์สิน ถูกต้องและเป็นความจริง

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าที่จะต้องแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะที่เกี่ยวข้องกับรายได้และสินทรัพย์ของข้าพเจ้าต่อโรงพยาบาล

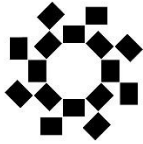
วันที่ลงลายมือชื่อของผู้ป่วยหรือบุคคลที่รับรอง

สำหรับเจ้าหน้าที่ทำนั้น: ความรับผิดชอบ ไม่มี ความคุ้มครองตามประกัน _____ %

หลังจากมีความคุ้มครองตามประกัน _____ %

วันที่อนุมัติ: _____ มีผลใช้ตั้งแต่วันที่: _____ สิ้นสุดใน: _____

ลายมือชื่อของผู้ประเมิน: _____



การรับรองของผู้ป่วย

ลงชื่อด้านล่างตามสถานการณ์ที่ตรงกับคุณ:

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในฐานะที่เป็น _____ ข้าพเจ้า ไม่ ได้รับรายได้ ใดๆ
วันที่ _____

(ผู้ป่วย/ฝ่ายที่รับผิดชอบ)
วันที่

ความลับพันซ์

2. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีสินทรัพย์ใด ใดๆ (เช่น บัญชีธนาคาร, CD ฯลฯ) ผ่านตนเองหรือกลุ่มบุคคลอื่น ใดๆ

(ผู้ป่วย/ฝ่ายที่รับผิดชอบ)
วันที่

ความลับพันซ์

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นคนไร้บ้าน และเป็นคนไร้บ้านตั้งแต่ _____

(ผู้ป่วย/ฝ่ายที่รับผิดชอบ)

ความลับพันซ์

วันที่

4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล ผ่านตนเองหรือกลุ่มบุคคลอื่น ใดๆ ที่ครอบคลุมตามจำนวนใบแจ้งหนี้ที่ค้างชำระของข้าพเจ้า

(ผู้ป่วย/ฝ่ายที่รับผิดชอบ)

ความลับพันซ์

วันที่

การรับรองอื่นที่อยู่อาศัยต้องได้รับการลงนามโดยผู้ป่วย/ฝ่ายที่รับผิดชอบ

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็น/เคยเป็นผู้อยู่อาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ณ เวลาที่ได้รับบริการ และข้าพเจ้ามีความตั้งใจจะอยู่อาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ต่อไป

(ผู้ป่วย/ฝ่ายที่รับผิดชอบ)

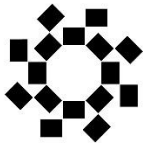
ความลับพันซ์

วันที่

6. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดที่ให้ในการรับรองนี้เป็นจริง รวมทั้งกรอกและแก้ไขให้ถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

(ผู้ป่วย/ฝ่ายที่รับผิดชอบ) ความลับพันซ์

วันที่



การรับรองของกลุ่มมรดก

ลงชื่อด้านล่างตามสถานการณ์ที่ตรงกับคุณ:

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในฐานะที่เป็น _____ ข้าพเจ้า ไม่ ได้รับรายได้ใด ๆ
วันที่ _____

(ผู้สมรส/ฝ่ายที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่

2. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีสินทรัพย์ใด ๆ (เช่น บัญชีธนาคาร, CD ฯลฯ) ผ่านตนเองหรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ

(ผู้สมรส/ฝ่ายที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์
วันที่

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นคนไร้บ้าน และเป็นคนไร้บ้านตั้งแต่ _____

(ผู้สมรส/ฝ่ายที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่

4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล ผ่านตนเองหรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ที่ครอบคลุมตามจำนวนใบแจ้งหนี้ที่ค้างชำระของข้าพเจ้า

(ผู้สมรส/ฝ่ายที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่

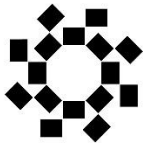
การรับรองอื่นที่อยู่อาศัยต้องได้รับการลงนามโดยผู้ปวญ/ฝ่ายที่รับผิดชอบ

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็น/เคยเป็นผู้อยู่อาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ณ เวลาที่ได้รับบริการ และข้าพเจ้ามีความตั้งใจจะอยู่อาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ต่อไป

(ผู้สมรส/ฝ่ายที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่

6. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดที่ให้การรับรองนี้เป็นจริง รวมทั้งกรอกและแก้ไขให้ถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

(ผู้สมรส/ฝ่ายที่รับผิดชอบ) ความสัมพันธ์ วันที่



หนังสือรับรอง/ให้ความช่วยเหลือ

ผู้ป่วย:

วันที่:

วันเดือนปีเกิด:

วันที่เริ่มรับบริการ:

ต้องการโดยบุคคลที่ให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ไม่รวมคู่สมรสที่อยู่ด้วยกัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่แสดงด้านล่างเป็นจริงและถูกต้อง ข้าพเจ้าเข้าใจอย่างถ่องแท้ว่าการให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ หรือไม่ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่ร้องขอ อาจเป็นสาเหตุของการฟ้อง และศูนย์สุขภาพ Meridian อาจดำเนินการทางกฎหมายที่เหมาะสม ข้าพเจ้าเข้าใจอีกว่าข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบด้วยตัวเอง หากข้อมูลมีการปลอมแปลง ไม่สมบูรณ์ หรือใช้ในทางที่ผิด

ทำเครื่องหมายข้อที่ตรงกับคุณด้านล่าง:

- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นอาศัยอยู่กับข้าพเจ้า และอาศัยอยู่ตั้งแต่ (วันที่): _____
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นเป็นผู้อยู่อาศัยในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ณ เวลาที่ให้บริการ ซึ่งไม่มีที่อยู่ในรัฐหรือประเทศอื่น ๆ รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะอยู่ในรัฐนี้ต่อไป
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นไม่ได้รับความคุ้มครองจากประกันสุขภาพทุกประเภท รวมถึงโครงการประกันสุขภาพ/ประกันสังคมของรัฐ
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นว่างงานในขณะนี้ และได้รับอย่างน้อยหนึ่งเดือนก่อนวันที่รับบริการซึ่งระบุไว้ข้างต้น
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นไม่ได้รับสิทธิประโยชน์การว่างงานหรือสิทธิประโยชน์ประเภทอื่น เช่น ทุพพลภาพ, SSI, สวัสดิการสังคม ฯลฯ
- ข้าพเจ้าเป็นผู้ให้ที่พักพิงและอาหารแก่บุคคลที่มีชื่อข้างต้น
- ข้าพเจ้ามอบเงินสดจำนวน _____ ดอลลาร์ต่อเดือน ให้แก่บุคคลที่มีชื่อข้างต้น
- บุคคลที่มีชื่อข้างต้นไม่ได้อาศัยอยู่กับข้าพเจ้า แต่ข้าพเจ้าให้การสนับสนุนในรูปแบบของ: _____

ลายมือชื่อ

ความสัมพันธ์ของคุณกับบุคคลที่มีชื่อข้างต้น

ที่อยู่:

หมายเลขโทรศัพท์: