

Vui lòng xem tài liệu kèm theo để biết các mẫu đơn đăng ký Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính.

Quý vị có thể đăng ký nhận Hỗ Trợ Tài Chính trong vòng 1 năm sau khi xuất viện hoặc sau khi nhận dịch vụ chăm sóc ngoại trú.

Dịch vụ Chăm Sóc Từ Thiện là dành cho cư dân New Jersey không có bảo hiểm, bảo hiểm không đầy đủ, hoặc không hội đủ điều kiện tham gia các chương trình của tiểu bang và liên bang.

Để hội đủ điều kiện, quý vị phải đáp ứng cả các tiêu chí về thu nhập lẫn về tài sản.

Chăm Sóc Từ Thiện bao hàm việc chăm sóc tại bệnh viện. Chương trình không áp dụng cho các bác sĩ hoặc các nhà cung cấp khác lập hóa đơn độc lập cho các dịch vụ của họ.

- Vui lòng điền và ký tên vào đơn đăng ký
- Đính kèm các bản sao của tất cả giấy tờ bắt buộc.
- Tất cả giấy tờ đều dựa trên ngày cung cấp dịch vụ.
- Ngày bắt đầu hoặc Ngày Dịch Vụ đầu tiên của quý vị là \_\_\_\_\_
- Nếu quý vị được 21 tuổi trở xuống và đang học đại học toàn thời gian, phụ huynh hoặc người giám hộ của quý vị phải điền đơn và cung cấp các giấy tờ chứng minh cần thiết. Vui lòng cung cấp giấy tờ chứng minh tư cách sinh viên của quý vị.

**Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về đơn đăng ký hoặc giấy tờ cần thiết để đăng ký, vui lòng gọi cho cố vấn tài chính theo số 732-902-7080. Các cố vấn làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng – 4:00 chiều.**

( ) 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

**Để hỗ trợ chúng tôi thêm trong việc xử lý đơn đăng ký chăm sóc từ thiện của quý vị, vui lòng cung cấp bản sao của các giấy tờ bên dưới phù hợp với hoàn cảnh của quý vị. Nếu không cung cấp các giấy tờ thích hợp bên dưới hoặc đơn của quý vị không hoàn chỉnh, chúng tôi sẽ không thể giải quyết đơn đăng ký của quý vị. Mọi giấy tờ bắt buộc là dựa trên Ngày Dịch Vụ của quý vị. Ngày Dịch Vụ có nghĩa là ngày đầu tiên quý vị nằm viện trên thực tế.**

Thẻ Bảo Hiểm, vui lòng sao chép mặt trước và mặt sau

ID Cá Nhân đối với bệnh nhân, người phối ngẫu, con dưới 18 tuổi, và sinh viên đại học toàn thời gian dưới 21 tuổi.

- Vui lòng chỉ chọn một đối với từng thành viên trong gia đình quý vị: giấy phép lái xe, giấy khai sinh, thẻ An Sinh Xã Hội, hộ chiếu

Các bản kê tài sản bao gồm số dư vào ngày dịch vụ

- Sao kê tài khoản vãng lai, tài khoản tiết kiệm và tài khoản thẻ ghi nợ
- Nếu sao kê là bản in, hãy yêu cầu đại diện của tổ chức tài chính đóng dấu và ký tên.
- Các khoản tiền gửi cao hơn thu nhập đã báo cáo của quý vị có thể cần được giải thích.
- Giấy tờ hiện tại đối với tất cả CD, IRA, 401K, cổ phiếu hoặc trái phiếu.

Giấy tờ chứng minh thu nhập cho một tháng trước ngày dịch vụ

- Giấy tờ chứng minh thu nhập từ lao động, bao gồm biên nhận tiền lương hoặc bản khai có chữ ký về tổng thu nhập từ hãng sở của quý vị trên tiêu đề thư công ty.
- Nếu quý vị tự kinh doanh, yêu cầu phải có báo cáo lời lỗ có chữ ký của một kế toán viên.
- Giấy tờ chứng minh thu nhập ngoài lao động, bao gồm nhưng không giới hạn ở lương hưu, chu cấp nuôi con, tiền cấp dưỡng, phúc lợi cựu chiến binh, thông báo phúc lợi An Sinh Xã Hội, thông báo Phúc Lợi SSI đối với tất cả thành viên gia đình, hồ sơ thất nghiệp hoặc phúc lợi Thương Tật của Tiêu Bang hoặc các khoản đóng góp tài chính khác.
- Bản sao hoàn chỉnh của Bản Khai Thuế Thu Nhập của quý vị cho năm trước. Nếu quý vị đã không nộp bản khai thuế, hãy gọi số 1-800-829-1040 để yêu cầu xác minh tư cách người không nộp bản khai.

Giấy Tờ Chứng Minh Nơi Cư Trú trước ngày dịch vụ

- Phải cho thấy địa chỉ đường – **KHÔNG** phải là Hộp Thư (PO Box)
- Vui lòng chọn một trong các giấy tờ sau: giấy phép lái xe, bảo sao hợp đồng thuê nhà, hóa đơn dịch vụ tiện ích, thông báo hỗ trợ, thư có ngày với tên và địa chỉ của quý vị được gửi trước ngày dịch vụ

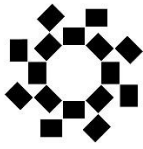
Xác nhận của bệnh nhân: (ký tên và ghi ngày tháng vào tất cả các mục phù hợp).

- Xác nhận của người phối ngẫu nếu có kết hôn (ký tên và ghi ngày tháng vào tất cả các mục phù hợp).

Yêu cầu người sống chung với quý vị (không phải người phối ngẫu) đang giúp chu cấp cho quý vị ký tên vào Giấy Xác Nhận Hỗ Trợ kèm theo.

**Vui lòng gửi đơn đăng ký và giấy tờ của quý vị đến:**

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



Chương Trình Hỗ Trợ Chăm Sóc của New Jersey Hospital

Đơn Đăng Ký Tham Gia

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

PHẦN I – THÔNG TIN CÁ NHÂN

TÊN CỦA BỆNH NHÂN (HỌ, TÊN, TÊN ĐỆM)		AN SINH XÃ HỘI		NGÀY SINH	
NGÀY NỘP ĐƠN	NGÀY DỊCH VỤ	NGÔN NGỮ ƯU TIÊN	MANG THAI	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG CỦA BỆNH NHÂN				SỐ ĐIỆN THOẠI/DI ĐỘNG ( )	
THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ ZIP				SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH	TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN
CÔNG DÂN HOA KỲ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> CƯ DÂN HỢP PHÁP TỪ: _____			GIẤY TỜ CHỨNG MINH NƠI CƯ TRÚ Ở N.J. <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> CÁC DỊCH VỤ CẤP CỨU		
TÊN CỦA NGƯỜI BẢO LÃNH (Nếu khác với Bệnh Nhân)		CHI TRẢ BẢO HIỂM: <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			
		TÊN:		SỐ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM:	
CÁC THÀNH VIÊN KHÁC TRONG GIA ĐÌNH	MỐI QUAN HỆ	NGÀY SINH	MANG THAI	CHI TRẢ BẢO HIỂM	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

PHẦN II- CÁC TIÊU CHÍ VỀ TÀI SẢN

TÀI SẢN GỒM CÓ:

- A. Tài Khoản Tiết Kiệm \_\_\_\_\_
- B. Tài Khoản Vãng Lai \_\_\_\_\_
- C. Chứng Chi Tiền Gửi / IRA \_\_\_\_\_
- D. Vốn Trong Bất Động Sản (không phải nơi cư trú chính) \_\_\_\_\_
- E. Các Tài Sản Khác, 401K, Cổ Phiếu và Trái Phiếu \_\_\_\_\_
- F. TỔNG \_\_\_\_\_

**PHẦN III- CÁC TIÊU CHÍ VỀ THU NHẬP**

Khi xác định khả năng hội đủ điều kiện hưởng hỗ trợ chăm sóc bệnh viện, phải sử dụng thu nhập và tín dụng của người phối ngẫu đối với người trưởng thành  
Phải sử dụng thu nhập và tín dụng của cha mẹ đối với trẻ vị thành niên. Giấy tờ chứng minh thu nhập phải kèm theo Đơn Đăng Ký này. Thu nhập dựa trên tính toán 12 tháng, 3 tháng, 1 tháng hoặc 1 tuần thu nhập trước ngày dịch vụ.

TÊN NHÂN VIÊN:

TỔNG THU NHẬP

\$

**NGUỒN THU NHẬP:**

Hàng Tuần

Hàng Tháng

Hàng Năm

- A. Tiền Lương / Tiền Công Trước Khấu Trừ \_\_\_\_\_
- B. Trợ Cấp Công \_\_\_\_\_
- C. Phúc Lợi An Sinh Xã Hội/Khuyết Tật \_\_\_\_\_
- D. Bảo Hiểm Thất Nghiệp & Bồi Thường Tai Nạn Lao Động \_\_\_\_\_
- E. Phúc Lợi Cựu Chiến Binh \_\_\_\_\_
- F. Tiền Cấp Dưỡng / Chu Cấp Nuôi Con \_\_\_\_\_
- G. Hỗ Trợ Khác Bằng Tiền \_\_\_\_\_
- H. Thanh Toán Lương Hưu \_\_\_\_\_
- I. Thanh Toán Bảo Hiểm hoặc Niên Kim \_\_\_\_\_
- J. Cổ Tức / Lợi Tức \_\_\_\_\_
- K. Thu Nhập Từ Cho Thuê \_\_\_\_\_
- L. Thu Nhập Ròng Từ Kinh Doanh \_\_\_\_\_
- M. Khác (trợ cấp đình công, trợ cấp đào tạo, Phân bổ, bất động sản hoặc quỹ tín thác dành cho quân nhân) \_\_\_\_\_

Nguồn thu nhập khác: \_\_\_\_\_

**PHẦN IV – XÁC NHẬN CỦA ĐƯƠNG ĐƠN**

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi nộp sẽ được xác minh bởi cơ sở chăm sóc sức khỏe thích hợp và Chính Phủ Liên Bang hoặc Tiểu Bang. Việc cố tình cung cấp sai các thông tin này sẽ khiến cho tôi phải chịu trách nhiệm pháp lý đối với tất cả viện phí và các hình phạt dân sự.

Nếu có yêu cầu của cơ sở chăm sóc sức khỏe, tôi sẽ đăng ký nhận trợ cấp y tế của chính phủ hoặc tư nhân để thanh toán hóa đơn bệnh viện.

Tôi xác nhận rằng thông tin bên trên về tình trạng gia đình, thu nhập và tài sản của tôi là đúng sự thực và chính xác.

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

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ**

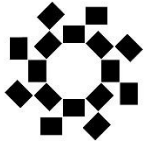
**NGÀY**

**CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG:** Trách nhiệm Không có bảo hiểm \_\_\_\_\_ %

Sau chi trả bảo hiểm \_\_\_\_\_ %

NGÀY DUYỆT: \_\_\_\_\_ Có hiệu lực: \_\_\_\_\_ Chấm dứt: \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Người Đánh Giá:



## XÁC NHẬN CỦA BỆNH NHÂN

### KÝ TÊN BÊN DƯỚI ĐỐI VỚI BẤT KỲ TRƯỜNG HỢP NÀO CÓ THỂ ÁP DỤNG CHO HOÀN CẢNH CỦA QUÝ VI:

1. Tôi xác nhận rằng đến ngày \_\_\_\_\_ tôi CHƯA nhận được bất kỳ thu nhập nào.  
NGÀY

\_\_\_\_\_  
(Bệnh Nhân / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

2. Tôi xác nhận rằng tôi KHÔNG CÓ TÀI SẢN (tài khoản ngân hàng, CD, v.v.) thông qua bản thân tôi hoặc bất kỳ bên nào khác.

\_\_\_\_\_  
(Bệnh Nhân / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

3. Tôi xác nhận rằng tôi là người VÔ GIA CƯ và VÔ GIA CƯ từ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Bệnh Nhân / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

4. Tôi xác nhận rằng tôi KHÔNG CÓ BẢO HIỂM Y TẾ thông qua bản thân tôi hoặc bất kỳ bên nào khác để bao trả số tiền hóa đơn chưa thanh toán của tôi.

\_\_\_\_\_  
(Bệnh Nhân / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

### XÁC NHẬN NƠI CƯ TRÚ PHẢI CÓ CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/BÊN HỮU TRÁCH

5. TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI LÀ/ĐÃ LÀ CƯ DÂN CỦA NEW JERSEY TẠI THỜI ĐIỂM NHẬN CÁC DỊCH VỤ VÀ TÔI CÓ Ý ĐỊNH VẪN SỐNG TẠI NEW JERSEY.

\_\_\_\_\_  
(Bệnh Nhân / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

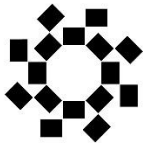
6. TÔI KHẲNG ĐỊNH RẰNG TẤT CẢ THÔNG TIN ĐƯỢC CUNG CẤP TRONG XÁC NHẬN NÀY LÀ ĐÚNG SỰ THỰC, HOÀN CHỈNH VÀ CHÍNH XÁC THEO HIỂU BIẾT TỐT NHẤT CỦA TÔI.

\_\_\_\_\_  
(Bệnh Nhân / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

\_\_\_\_\_  
Người Phỏng Vấn



## XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI PHỐI NGÃU

### KÝ TÊN BÊN DƯỚI ĐỐI VỚI BẤT KỲ TRƯỜNG HỢP NÀO CÓ THỂ ÁP DỤNG CHO HOÀN CẢNH CỦA QUÝ VI:

1. Tôi xác nhận rằng đến ngày \_\_\_\_\_ tôi CHƯA nhận được bất kỳ thu nhập nào.  
NGÀY

\_\_\_\_\_  
(Người Phối Ngẫu / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

2. Tôi xác nhận rằng tôi KHÔNG CÓ TÀI SẢN (tài khoản ngân hàng, CD, v.v.) thông qua bản thân tôi hoặc bất kỳ bên nào khác.

\_\_\_\_\_  
(Người Phối Ngẫu / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

3. Tôi xác nhận rằng tôi là người VÔ GIA CƯ và VÔ GIA CƯ từ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Người Phối Ngẫu / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

4. Tôi xác nhận rằng tôi KHÔNG CÓ BẢO HIỂM Y TẾ thông qua bản thân tôi hoặc bất kỳ bên nào khác để bao trả số tiền hóa đơn chưa thanh toán của tôi.

\_\_\_\_\_  
(Người Phối Ngẫu / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

### XÁC NHẬN NƠI CƯ TRÚ PHẢI CÓ CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/BÊN HỮU TRÁCH

5. TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI LÀ/ĐÃ LÀ CƯ DÂN CỦA NEW JERSEY TẠI THỜI ĐIỂM NHẬN CÁC DỊCH VỤ VÀ TÔI CÓ Ý ĐỊNH VẪN SỐNG TẠI NEW JERSEY.

\_\_\_\_\_  
(Người Phối Ngẫu / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

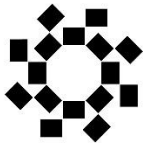
6. TÔI KHẲNG ĐỊNH RẰNG TẤT CẢ THÔNG TIN ĐƯỢC CUNG CẤP TRONG XÁC NHẬN NÀY LÀ ĐÚNG SỰ THỰC, HOÀN CHỈNH VÀ CHÍNH XÁC THEO HIỂU BIẾT TỐT NHẤT CỦA TÔI.

\_\_\_\_\_  
(Người Phối Ngẫu / Bên Hữu Trách)

\_\_\_\_\_  
Mối Quan Hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

\_\_\_\_\_  
Người Phỏng Vấn



Hackensack  
Meridian Health

## GIẤY XÁC NHẬN HỖ TRỢ / TRỢ CẤP

BỆNH NHÂN:

NGÀY:

NGÀY SINH:

NGÀY DỊCH VỤ BAN ĐẦU:

SẼ ĐƯỢC ĐIỀN BỞI NGƯỜI HỖ TRỢ BỆNH NHÂN. KHÔNG BAO GỒM NGƯỜI PHỐI NGẮU SỐNG CHUNG VỚI QUÝ VỊ.

Tôi xác nhận rằng thông tin được ghi bên dưới là đúng sự thực và chính xác. Tôi hiểu rõ rằng việc cung cấp thông tin giả mạo hoặc không cung cấp thông tin hoàn chỉnh được yêu cầu có thể cấu thành căn cứ của hành vi gian lận và Meridian Health có thể thực hiện bất kỳ hành động pháp lý nào thích hợp. Tôi cũng hiểu rằng cá nhân tôi sẽ bị quy trách nhiệm nếu thông tin bị ngụy tạo, không hoàn chỉnh, hoặc sai lệch dưới bất kỳ hình thức nào.

### Chọn bất kỳ trường hợp nào bên dưới phù hợp:

Người có tên bên trên sống với tôi, và đã sống với tôi từ (Ngày): \_\_\_\_\_

Người có tên bên trên là cư dân của N.J. tại thời điểm cung cấp dịch vụ, không có nơi cư trú nào ở bất kỳ tiểu bang hay quốc gia nào khác và có ý định vẫn sống tại tiểu bang này.

Người có tên bên trên không có bất kỳ hình thức bảo hiểm y tế nào bao gồm Medicaid hoặc Medicare.

Người có tên bên trên vào lúc này đang thất nghiệp và đã thất nghiệp trong ít nhất một tháng trước ngày dịch vụ được cho biết bên trên.

như  Người có tên bên trên không nhận được bảo hiểm thất nghiệp hay bất kỳ hình thức phúc lợi nào, chẳng hạn như Phúc Lợi Khuyết Tật, SSI, Phúc Lợi Xã Hội, v.v.

Tôi cung cấp Đồ Ăn và Chỗ Ở cho người có tên bên trên.

Tôi cung cấp Tiền Mặt với số tiền là \$ \_\_\_\_\_ mỗi tháng cho người có tên bên trên.

Người có tên bên trên không sống với tôi nhưng tôi cung cấp sự hỗ trợ dưới hình thức:

\_\_\_\_\_

Chữ ký

Mối quan hệ của quý vị với người có tên bên trên

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_