

请查收附件《慈善医疗/经济援助申请表》。

出院或接受门诊治疗后，可在一年之内申请经济援助。

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均可享受慈善医疗。

申请者须同时满足收入和资产资格条件。

慈善医疗包括医院护理在内。该计划不适用于为其服务独立收费的医师或其他提供者。

- 请填写并签署申请表。
- 附上全部所需文件副本。
- 所有文件均以服务日期为准。
- 服务开始日期或首日是_____
- 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。

对申请表或文件有任何疑问，请致电 732-902-7080 联系财务顾问。 财务顾问上班时间为周一至周五上午 8 点至下午 4 点。

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

为进一步协助我们处理慈善医疗申请，请提供以下适用的文件副本。如果未提供下列适用文件，或者申请信息不完整，我们将无法处理你的申请。所有文件以服务日期为准。服务日期指实际住院的第一天。

请复印保险卡正反面

患者、配偶、未满 18 岁儿童、未满 21 岁全日制大学生的个人身份证

- 请为家庭各成员选择其中一项信息： 驾照、出生证明、社保卡、护照

资产报表（包含服务日期结余）

- 支票、储蓄和借记卡帐户对帐单
- 如报表为打印版，须带有金融机构代表盖章及签名。
- 如存款超过所申报收入，需提供解释
- 任何 CD、IRA、401K、股票或债券的当前文件

服务日期前一个月的当月收入证明

- 收入证明，包括工资单或雇主以商业信笺抬头出具的书面收入证明。
- 自雇人士需提供会计师签署的损益表。
- 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、社会保障奖状、所有家庭成员 SSI 奖状、失业或国家残疾记录或其他财政捐款。
- 上一年度报税表的完整副本。如未申报，请致电 1-800-829-1040 要求验证非申报人状态。

服务日期前的居住证明

- 须显示街道地址，而非邮政信箱
- 请选择以下其中一项作为证明：驾照、租约副本、水电费帐单、支持证明、服务日期前发出的注明日期、本人姓名及地址的邮件

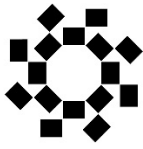
患者证明：（在所有适用项处签字并注明日期）

- 已婚者须提供配偶证明（在所有适用项处签字并注明日期）

随函附上共同居住并提供支持的人员（配偶除外）签署的《支持证明》。

请将申请表及文件邮寄至：

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



新泽西医院护理援助计划
参与申请

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

第一部分 - 个人信息

患者姓名 (姓、名、中间名)		社保		出生日期	
申请日期	服务日期	首选语言		怀孕 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
患者街道地址				电话/手机号码 () ()	
州、城市、邮编				家庭人数	婚姻状态
美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 成为合法公民日期: _____			新泽西州居住证明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 紧急服务		
担保人姓名 (如非患者):		保险范围: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 姓名: _____ 保单号: _____			
其他家庭成员	关系	生日	怀孕	保险范围	
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/IRA 证明 _____
- D. 房地产权益 (初级住宅除外) _____
- E. 其他资产、401K、股票和债券 _____
- F. 总计 _____

*家庭人数包括本人、配偶及任何未成年子女。怀孕的女性算作两名家庭成员。

第三部分-收入条件

确定是否有资格获得医院护理援助时，须将配偶的收入和抵免额用于成年父母的收入和抵免额。
收入和抵免额须用于未成年子女。须随本申请表一起提供收入证明。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得出。

用人单位名称: _____

总收入

\$

收入来源:

周

月

年

A. 扣减前工资/薪资 _____

B. 公共援助 _____

C. 社会保障/残疾福利 _____

D. 失业和工人补偿 _____

E. 退伍军人福利 _____

F. 赡养费和子女抚养费 _____

G. 其他货币支持 _____

H. 养老金支付 _____

I. 保险或年金支付 _____

J. 股息和利息 _____

K. 租金收入 _____

L. 净营业收入 _____

M. 其他（罢工津贴、培训津贴、
军人家庭分配、财产或信托） _____

其他收入来源: _____

第四部分 - 申请人证明

本人明白本人所提供资料须经有关医疗机构及联邦或州政府核实。

如故意歪曲事实，本人将承担所有住院费用，并受到民事处罚。

如医疗机构要求，本人将申请政府或私人医疗援助以支付医院账单。

本人保证上述有关本人家庭状况、收入及资产的资料真实准确。

本人明白如收入或资产有任何变动，本人有责任通知医院。

患者或监护人签名

日期

仅供办公使用: 责任 保险范围之外 _____ %

扣除保险范围后 _____ %

批准日期: _____ 有效日期: _____ 终止日期: _____

评估人签名: _____



患者证明

请在适用情况下方签名:

1. 本人证明, 截至 _____ 本人概无获得任何收入。
日期

(患者/责任人员) 关系 日期

2. 本人证明, 本人概无通过本人或任何其他人士持有任何资产 (银行账户、CD 等)。

(患者/责任人员) 关系 日期

3. 本人证明, 本人自 _____ 开始无家可归

(患者/责任人员) 关系 日期

4. 本人证明, 本人概无通过本人或其他人士获得医疗保险以支付本人未付账单。

(患者/责任人员) 关系 日期

居住证明须由病人/责任人员签字。

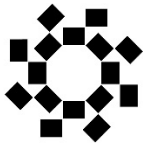
5. 本人证明, 本人在接受服务时是新泽西居民, 并且本人打算继续做新泽西居民。

(患者/责任人员) 关系 日期

6. 本人确认, 就本人所知, 就本证明所提供的一切资料均属真实、完整且准确。

(患者/责任人员) 关系 日期

受访者



配偶证明

请在适用情况下方签名：

1. 本人证明截至_____本人概无获得任何收入。
日期

(配偶/责任人员) 关系 日期

2. 本人证明本人概无通过本人或任何其他人士持有任何资产（银行账户、CD等）。

(配偶/责任人员) 关系 日期

3. 本人证明，本人自_____开始无家可归

(配偶/责任人员) 关系 日期

4. 本人证明本人概无通过本人或其他人士获得医疗保险以支付本人未付账单。

(配偶/责任人员) 关系 日期

居住证明须由病人/责任人员签字。

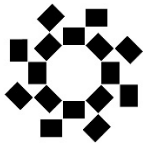
5. 本人证明，本人在接受服务时是新泽西居民，并且本人打算继续做新泽西居民。

(配偶/责任人员) 关系 日期

6. 本人确认，就本人所知，就本证明所提供的一切资料均属真实、完整且准确。

(配偶/责任人员) 关系 日期

受访者



支持证明/协助证明

患者: _____ 日期: _____

出生日期: _____ 服务开始日期: _____

由为患者提供支持的人员完成。不包括共同居住的配偶。

本人保证以下所列信息真实无误。 本人完全明白，提供虚假信息或未能提供完整信息可构成欺诈理由， Meridian Health 可能采取任何适当法律诉讼。

本人明白，如资料是伪造、不完整或有任何误导，本人将承担个人责任。

勾选以下任何适用项: _____

- 上述人士与本人同住，同住开始日期为: _____
- 在服务时间，上述人士是新泽西州居民，在其他州或国家无居留权，并打算继续做本州居民。
- 上述人士不受任何类型医疗保险（包括白卡或红蓝卡）保障。
- 上述人士现正失业，且在上述服务日期前至少一个月已失业。
- 上述人士概无领取失业福利或任何其他类型福利，如残疾、残疾津贴、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\$ _____ 现金。
- 上述人士并非与本人同住，但本人以下列方式提供支持:
_____。

签名 与上述人士关系

地址: _____

电话号码: _____