

Chương Trình Hỗ Trợ Thanh Toán Chăm Sóc Tại Bệnh Viện Của New Jersey
ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA

PHẢI GỬI KÈM GIẤY TỜ CHỨNG MINH DANH TÍNH, GIẤY TỜ CHỨNG MINH THU NHẬP, VÀ GIẤY TỜ CHỨNG MINH TÀI SẢN CÙNG ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY.
 HÃY GỬI BẢN SAO CỦA TẤT CẢ CÁC TÀI LIỆU BẮT BUỘC. KHÔNG GỬI BẢN GỐC, VÌ CHÚNG SẼ KHÔNG ĐƯỢC TRẢ LẠI.

PHẦN I – Thông Tin Cá Nhân

1. TÊN BỆNH NHÂN:		SỐ AN SINH XÃ HỘI
_____ (Họ)	_____ (Tên)	_____ (Tên đệm)
3. NGÀY NỘP ĐƠN ĐĂNG KÝ		5. NGÀY DỊCH VỤ ĐƯỢC YÊU CẦU
____/____/____ Tháng Ngày Năm	____/____/____ Tháng Ngày Năm	____/____/____ Tháng Ngày Năm
6. ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ CỦA BỆNH NHÂN		7. SỐ ĐIỆN THOẠI
		(____)____-____
8. THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ ZIP		9. QUY MÔ GIA ĐÌNH*
10. TÌNH TRẠNG CÔNG DÂN HOA KỲ		11. GIẤY TỜ CHỨNG MINH NƠI CƯ TRÚ 3 THÁNG TẠI TIỂU BANG NJ
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đang Nộp Hồ Sơ		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
12. TÊN NGƯỜI BẢO LÃNH (Nếu không phải là bệnh nhân)		13. BỆNH NHÂN CÓ TRÊN 65 TUỔI KHÔNG?
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bao gồm CWF
14. BỆNH NHÂN CÓ BẢO HIỂM BAO TRẢ KHÔNG? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

PHẦN II - Các Tiêu Chí Về Tài Sản

15. Tài Sản Cá Nhân: _____

16. Tài Sản Của Gia Đình: _____

17. Các Tài Sản Bao Gồm:

- A. Tiền Mặt _____
- B. Tài Khoản Tiết Kiệm _____
- C. Tài Khoản Thanh Toán _____
- D. Chứng Nhận Gửi Tiền / I.R.A. _____
- E. Giá Trị Bất Động Sản (ngoài nơi cư trú chính) _____
- F. Các Tài Sản Khác (Hóa Đơn Kho Bạc, giấy thương lượng, Trái phiếu và cổ phiếu công ty) _____
- G. Tổng _____

* Quy mô gia đình bao gồm bản thân, vợ/chồng và bất kỳ trẻ vị thành niên nào. Phụ nữ có thai được tính là hai thành viên gia đình.

ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA (Tiếp theo)

PHẦN II - Các Tiêu Chí Về Thu Nhập

Khi xác định điều kiện hội đủ nhận hỗ trợ chăm sóc tại bệnh viện, phải sử dụng thu nhập và tài sản của vợ/chồng đối với người lớn; phải sử dụng thu nhập và tài sản của cha mẹ đối với trẻ vị thành niên. Phải nộp giấy tờ chứng minh thu nhập kèm với đơn đăng ký này.

Thu nhập được tính toán dựa trên thu nhập trong mười hai tháng, ba tháng hoặc một tháng trước ngày nhận dịch vụ.

Tổng Thu Nhập của Bệnh Nhân / Gia Đình bằng phần thấp hơn của:

12 Tháng Vừa Qua	3 Tháng Vừa Qua X4	1 Tháng Vừa Qua X12	1 Tháng Vừa Qua X13

18. NGUỒN THU NHẬP

	Hàng tuần	Hàng tháng	Hàng năm
A. Tiền Công/Tiền Lương Trước Khi Khấu Trừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trợ Cấp Công Cộng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Phúc Lợi An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Bồi Thường Thất Nghiệp & Bồi Thường Cho Người Lao Động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Phúc Lợi Cựu Chiến Binh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng / Cấp Dưỡng Nuôi Con	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Hỗ Trợ Tiền Bạc Của Họ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Các Khoản Thanh Toán Lương Hưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Các Khoản Thanh Toán Bảo Hiểm hoặc Niên Kim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Cổ Tức / Tiền Lãi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Thu Nhập Cho Thuê Nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Thu nhập kinh doanh ròng (tự kinh doanh/ được xác minh bởi nguồn độc lập)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Khác (phúc lợi đình công, trợ cấp đào tạo, trợ cấp cho gia đình quân nhân, thu nhập từ tài sản và quỹ tín thác)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Tổng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHẦN IV – Xác Nhận Của Người Nộp Đơn

Tôi hiểu rằng các thông tin mà tôi nộp sẽ được xác minh bởi cơ sở chăm sóc sức khỏe thích hợp và Chính Quyền Liên Bang hoặc Tiểu Bang. Việc cố tình trình bày sai thông tin sẽ khiến tôi phải chịu trách nhiệm cho tất cả các chi phí tại bệnh viện và hình phạt dân sự.

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

Tôi xác nhận rằng thông tin phía trên về quy mô gia đình, thu nhập và tài sản của gia đình tôi là đúng và chính xác.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho bệnh viện bất kỳ thay đổi nào trong tình trạng thu nhập và tài sản của tôi.

19. Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Người Bảo Lãnh

20. Ngày

Tuyên Thệ Chính của Bệnh Nhân

Tên Bệnh Nhân: _____ Số Tài Khoản: _____

Ngày Nhận Dịch Vụ: _____

Vui lòng ký tắt

_____ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi/chúng tôi hiện không có thu nhập và chưa từng có thu nhập kể từ ___/___/___ đến ___/___/___

_____ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi không có tài sản nào như được liệt kê trong đơn đăng ký chăm sóc từ thiện.

_____ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi là người vô gia cư và đã vô gia cư kể từ ___/___/___

_____ Tôi tuyên thệ rằng tôi không có Bảo Hiểm Y Tế tại thời điểm tôi nhập viện.

_____ Tôi tuyên thệ rằng tên tôi là _____. Tôi không thể cung cấp giấy tờ chứng minh danh tính vì: _____

(Nêu Rõ Lý Do)

_____ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi/chúng tôi có thu nhập. Tổng thu nhập/tiền mặt của chúng tôi là \$ _____ và chúng tôi được trả tiền trên cơ sở _____.

Tần Suất

_____ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi có tài sản vào ngày nhận dịch vụ ở trên với số tiền là \$ _____.

_____ Tôi và/hoặc vợ/chồng của tôi tuyên thệ rằng tôi là cư dân của New Jersey và dự định sẽ tiếp tục cư trú tại New Jersey.

_____ Tôi tuyên thệ rằng tôi không đưa ra và không có ý định đưa ra yêu cầu thanh toán với bất kỳ bên thứ ba nào mà tôi có thể được nhận thanh toán, toàn bộ hay một phần, cho các dịch vụ y tế có liên quan đến đơn đăng ký này (bao gồm nhưng không chỉ gồm, yêu cầu thanh toán bảo hiểm không tính đến lỗi sai, bồi thường cho người lao động, phúc lợi bảo hiểm cho chủ nhà, phúc lợi bảo hiểm cho lái xe có bảo hiểm thấp hoặc không có bảo hiểm và yêu cầu thanh toán thiệt hại). Tôi hiểu và đồng ý rằng, nếu tôi đưa ra bất kỳ yêu cầu thanh toán nào như vậy, Jefferson Health có thể rút lại dịch vụ chăm sóc từ thiện của mình và yêu cầu tôi thanh toán mọi chi phí. Tôi cũng đồng ý thông báo với Jefferson Health khi tôi nộp một yêu cầu thanh toán.

Chữ Ký của Bệnh Nhân

Tên Viết In Hoa

Ngày

Tuyên Thệ Ngoại Trừ Từ Chương Trình Hỗ Trợ Tại Bệnh Viện Của New Jersey

Tôi, _____, đã được thông báo rằng
TÊN BỆNH NHÂN
Chương Trình Hỗ Trợ Tại Bệnh Viện Của New Jersey (NJHAP) chỉ dành cho các hóa đơn
của Jefferson Health.

Tôi hiểu rằng tôi có thể phải chịu trách nhiệm cho các chi phí bác sĩ tư nhân có liên quan
đến việc chăm sóc của tôi. Các Bác Sĩ tại Khoa Cấp Cứu, các bác sĩ đọc và giải thích xét
nghiệm, như Bác Sĩ Chụp X-quang, Bác Sĩ Bệnh Học, Bác Sĩ Tim Mạch và Bác Sĩ Gây Mê/Gây
Tê cũng như tất cả các bác sĩ điều trị khác không bắt buộc phải nhận khoản giảm giá NJHAP.

Ngoài ra, tôi cũng hiểu rằng tôi sẽ cần thực hiện sắp xếp thanh toán riêng biệt cho tất cả
các bác sĩ liên quan đến việc chăm sóc của tôi hay giải thích các dịch vụ được cung cấp trực
tiếp với văn phòng của bác sĩ hoặc công ty phụ trách lập hóa đơn.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN

NGÀY