

# 新泽西医院医护补助计划参与申请表

本申请表必须附有身份证明、收入证明及资产证明。请寄送所需材料的复印件。不要寄送原件，因为这些材料不予退回。

## 第一部分 - 个人信息

1. 病人姓名  _____ (姓) _____ (名) _____ (中间名缩写)		2. 社会安全号  ____ - ____ - _____
3. 申请日期  ____ / ____ / ____ 月 日 年	4. 首次服务日期  ____ / ____ / ____ 月 日 年	5. 所需服务日期  ____ / ____ / ____ 月 日 年
6. 病人地址		7. 电话号码  (____) ____ - _____
8. 城市、州、邮政编码		9. 家庭人数 *
10. 美国国籍  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 正在申请	11. 在新泽西州居住 3 个月的证明  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

12. 保证人姓名 (如果不是病人)

## 第二部分 - 资产标准

13. 个人资产:

14. 家庭资产:

15. 资产包括:

A. 现金 \_\_\_\_\_

B. 储蓄账户 \_\_\_\_\_

C. 支票账户 \_\_\_\_\_

D. 存单/个人退休账户 \_\_\_\_\_

E. 房地产 (非主要住宅) 净值

F. 其他资产 (国债、流通票据、  
公司股票和债券)

G. 总计 \_\_\_\_\_

\* 家庭人数包括本人、配偶和未成年子女。怀孕妇女算两名家庭成员。

## 参与申请表（续）

### 第三部分 - 收入标准

认定医院医护援助资格时，如果是成年人，则必须使用配偶的收入和资产；如果是未成年儿童，则必须使用父母的收入和资产。此申请表必须附有收入证明。

收入根据服务日期前十二个月、前三个月或前一个月的收入进行计算。以下金额中较低者，即等于病人/家庭总收入：

过去 12 个月	或	过去 3 个月 X 4	或	过去 1 个月 X 12

#### 16. 收入来源

	周	月	年
A. 扣缴前的薪资	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 政府援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 社会安全福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 失业和工伤补偿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 退伍军人福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 赡养费/子女抚养费	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 其他经济援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 退休金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 保险或年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 股息/利息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 租金收入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 净营业收入（自雇/ 经独立来源核实）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 其他（罢工福利、培训津贴、 军属养家费、遗产和信托收入）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 总计	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 第四部分 - 申请人声明

我明白我提交的资料需经由相关医疗机构和联邦或州政府的核实。故意误述上述事实将使我承担所有医院费用，并受到民事处罚。

如果医疗设施提出要求，我将申请政府或私人医疗援助来支付医院账单。

我声明，上述有关我家庭人数、收入和资产的信息真实无误。

我了解我有责任向医院告知我收入或资产状况的任何变化。

17. 病人或保证人签名

18. 日期