

新澤西醫院醫護補助計劃參與申請表

本申請表須附有身份證明、收入證明及資產證明。請寄送所需文件的影印本。不要寄送原件，此類文件不予退回。

第一部分 - 個人資訊

1. 病人姓名 _____ (姓) _____ (名) _____ (中間名縮寫)		2. 社會安全碼 _____ - _____ - _____
3. 申請日期 ____ / ____ / ____ 月 日 年	4. 首次服務日期 ____ / ____ / ____ 月 日 年	5. 所需服務日期 ____ / ____ / ____ 月 日 年
6. 病人住址 _____ _____		7. 電話號碼 (_____) - _____
8. 城市、州、郵遞區號 _____		9. 家庭人數 * _____
10. 美國國籍 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 正在申請中		11. 在新澤西州居住 3 個月的證明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

12. 保證人姓名 (若不是病人)

第二部分 - 資產標準

13. 個人資產：

14. 家庭資產：

15. 資產包括：

- A. 現金 _____
- B. 儲蓄帳戶 _____
- C. 支票帳戶 _____
- D. 存單/個人退休帳戶 _____
- E. 房地產 (非主要自用住宅) 淨值 _____
- F. 其他資產 (國債、流通票據、
 公司股票及債券) _____
- G. 總計 _____

* 家庭人數包括本人、配偶及未成年子女。懷孕婦女算兩名家庭成員。

參與申請表 (續)

第三部分 - 收入標準

認定醫院醫護援助資格時，若為成年人，則須使用配偶的收入及資產；若為未成年兒童，則須使用父母的收入及資產。此申請表須附有收入證明。

收入計算依據服務日期前十二個月、前三個月或前一個月的收入為準。以下金額中較低者即為病人/家庭總收入：

過去 12 個月	或	過去 3 個月 X 4	或	過去 1 個月 X 12

16. 收入來源

	週	月	年
A. 扣減前的薪資	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 政府援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 社會安全福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 失業和工傷補償	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 退伍軍人福利	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 贍養費/子女撫養費	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 其他經濟援助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 退休金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 保險或年金	<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. 淨營業收入 (自雇/ 經獨立來源核實)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 其他 (罷工福利、培訓津貼、 軍人養家費、遺產及信託收入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 總計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第四部分 - 申請人聲明

本人瞭解，本人提交的資料需經由相關醫療機構及聯邦或州政府的核實。故意誤述上述事實將令本人承擔所有醫院費用，並受到民事處罰。

若醫療機構提出要求，本人將申請政府或私人醫療援助來支付醫院帳單。

本人聲明，上述有關家庭人數、收入及資產的資訊真實無誤。

本人瞭解，本人有責任將本人收入或資產狀況的任何變化告知醫院。

17. 病人或保證人簽名

18. 日期