

Chương Trình Trợ Giúp Chăm Sóc Tại Bệnh Viện New Jersey

ĐƠN XIN THAM GIA

BẢNG CHỨNG NHẬN DẠNG, BẢNG CHỨNG LỢI TỨC VÀ BẢNG CHỨNG CÁC TÀI SẢN PHẢI ĐÍNH KÈM VỚI ĐƠN XIN NÀY. GỬI CÁC BẢN SAO CỦA TẤT CẢ CÁC TÀI LIỆU THEO YÊU CẦU. KHÔNG GỬI CÁC TÀI LIỆU BẢN CHÍNH VÌ CHÚNG SẼ KHÔNG ĐƯỢC GỬI TRẢ LỜI.

PHẦN I - Thông Tin Cá Nhân

1. TÊN BỆNH NHÂN (HỌ) _____ (TÊN) _____ (TÊN LỚT) _____		2. SỐ AN SINH XÃ HỘI _____-_____-_____-_____
3. NGÀY LÀM ĐƠN XIN _____/_____/_____ Tháng Ngày Năm	4. NGÀY DỊCH VỤ LÚC ĐẦU _____/_____/_____ Tháng Ngày Năm	5. NGÀY DỊCH VỤ THEO YÊU CẦU _____/_____/_____ Tháng Ngày Năm
6. ĐỊA CHỈ CỦA BỆNH NHÂN _____ _____ _____		7. SỐ ĐIỆN THOẠI (_____) _____
8. THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, SỐ ZIP _____ _____ _____		9. SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH *
10. CÔNG DÂN HOA KỲ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Còn Chờ Làm Đơn Xin	11. BẢNG CHỨNG VỀ 3 THÁNG CƯ NGỰ Ở TIỂU BANG NJ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
12. TÊN CỦA NGƯỜI BẢO ĐẢM (Nếu không phải là bệnh nhân) _____		

PHẦN II - Tiêu Chuẩn Các Tài Sản

13. Các Tài Sản Cá Nhân: _____

14. Các Tài Sản Gia Đình: _____

15. Các Tài Sản Bao Gồm:

A. Tiền mặt _____

B. Các Trương Mục Tiết Kiệm _____

C. Các Trương Mục Chi Phiếu _____

D. Các Chứng Chỉ Ký Thác/I.R.A. _____

E. Quyền Sở Hữu Tài Sản về Địa Ốc (ngoài nơi ở chính) _____

F. Các Tài Sản Khác (Hối Phiếu, giấy tờ chuyển nhượng, chứng khoán và trái phiếu công ty) _____

G. Tổng cộng _____

* Số người trong gia đình kể cả bản thân, người phối ngẫu và bất cứ con nhỏ nào. Phụ nữ mang thai được kể là hai thành viên trong gia đình.

ĐƠN XIN THAM GIA (Tiếp tục)

PHẦN III- Các Tiêu Chuẩn Về Thu Nhập

Khi xác định về khả năng hội đủ điều kiện để được trợ giúp chăm sóc tại bệnh viện, thu nhập và tài sản của người phôi ngẫu phải được dùng cho một người lớn; thu nhập và tài sản của cha/mẹ phải được dùng cho một con nhỏ. Bảng chứng về thu nhập phải được đính kèm theo đơn xin này.

Thu nhập được dựa trên sự tính toán hoặc là mười hai tháng, ba tháng hoặc một tháng thu nhập trước ngày dịch vụ. Thu Nhập Gộc Của Bệnh Nhân/Gia Đình bằng với khoảng ít hơn của những điều sau đây:

12 THÁNG QUA	hoặc	3 THÁNG QUA <u>X 4</u>	hoặc	1 THÁNG QUA <u>X 12</u>
--------------	------	---------------------------	------	----------------------------

16. NGUỒN THU NHẬP

	HÀNG TUẦN	HÀNG THÁNG	HÀNG NĂM
A. Lương/Tiền Công Trước Các Khoản Khấu Trừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trợ Giúp Công Cộng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Các Quyền Lợi An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Đền Bù Thất Nghiệp & Bồi Thường Cho Người Lao Động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Các Quyền Lợi Cựu Quân Nhân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Cấp Dưỡng/Nuôi Con	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Hỗ Trợ Khác Về Tiền Bạc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Các Thanh Toán Về Hưu Bổng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Tiền Trả Cho Bảo Hiểm hoặc Niêm Kim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Cổ Tức/Tiền Lờ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Lợi Tức Thuê Nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Lợi Tức Ròng Trong Doanh Nghiệp (tự mình làm chủ/đã được xác nhận bởi nguồn độc lập)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Điều khác (các quyền lợi do đình công, tiền trả cho việc đào tạo, cấp phát cho gia đình quân nhân thu nhập địa ốc và quỹ tín thác)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Tổng cộng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHẦN IV - Chứng Nhận Theo Đơn Xin

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi nộp phải chịu sự xác nhận bởi cơ sở y tế thích hợp và các chính Quyền Liên bang hoặc Tiểu bang. Việc cố tình trình bày gian dối các sự kiện này sẽ khiến tôi phải chịu trách nhiệm cho tất cả các phí tổn bệnh viện và phải chịu các hình phạt về dân sự.

Nếu được yêu cầu bởi cơ sở y tế, tôi sẽ xin trợ giúp của chính phủ hoặc y tế tư nhân để trả cho các hoá đơn bệnh viện.

Tôi xác nhận rằng thông tin nêu trên về số người trong gia đình của tôi, thu nhập và các tài sản là đúng sự thực và chính xác.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm báo cho bệnh viện biết bất cứ thay đổi nào về tình trạng có liên quan tới thu nhập hoặc tài sản của tôi.

17. CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI BẢO ĐẢM

18. NGÀY