

## 뉴저지주 병원 치료 지원 프로그램 참가 신청서

이 신청서와 함께 신분증, 소득 증명 서류 및 재산 증명서를 제출해야 합니다. 필요한 모든 문서의 사본을 보내 주십시오.  
문서가 반환되지 않으므로 원본 대신 사본을 보내 주십시오.

### 섹션 I - 개인 정보

<b>1. 환자 이름</b> _____ (성) _____ (이름) _____ (중간 이름)		<b>2. 사회보장번호</b> _____ - _____ - _____
<b>3. 신청일</b> _____ / _____ / _____ 월                      일                      연도	<b>4. 서비스 개시일</b> _____ / _____ / _____ 월                      일                      연도	<b>5. 서비스 요청일</b> _____ / _____ / _____ 월                      일                      연도
<b>6. 환자의 거리 주소</b> _____ _____ _____		<b>7. 전화번호</b> (_____) _____ - _____
<b>8. 시, 주, 우편번호</b> _____		<b>9. 가족 구성원 수*</b> _____
<b>10. 미국 시민권</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 신청 중	<b>11. 뉴저지주 3개월 거주 증명서</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

**12. 보증인(환자 본인이 아닌 경우)**

### 섹션 II - 자산 기준

**13. 개인 자산:** \_\_\_\_\_

**14. 가족 자산:** \_\_\_\_\_

**15. 자산 내역:**

- A. 현금 \_\_\_\_\_
- B. 저축 계좌 잔고 \_\_\_\_\_
- C. 체크 계좌 잔고 \_\_\_\_\_
- D. 예금 증서/I.R.A. \_\_\_\_\_
- E. 부동산 가치(현재 거주지 제외) \_\_\_\_\_
- F. 기타 자산(재무부 단기 채권, 유통 어음, 주식 및 채권) \_\_\_\_\_
- G. 합계 \_\_\_\_\_

\* 본인, 배우자 및 미성년자 자녀를 포함한 가족 구성원 수. 입산부는 2인으로 간주함.

## 참가 신청서(계속)

### 섹션 III - 소득 기준

병원 치료 지원에 대한 자격을 결정할 때 성인의 경우 배우자의 소득과 자산을 포함시켜야 하며 미성년자 자녀의 경우 부모의 소득과 자산을 사용해야 합니다. 이 신청서와 소득 증명서를 함께 제출해야 합니다.

소득은 서비스일로부터 12 개월, 3 개월 또는 1 개월 전에 계산한 금액을 기준으로 합니다. 환자/가족 총 소득은 다음 중 적은 금액입니다.

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">지난 12 개월</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	또는	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">지난 3 개월 X 4</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	또는	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">지난 1 개월 X 12</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	----	---	----	--

#### 16. 소득원

	주간	월간	연간
A. 세금 공제 전 급여/임금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 공적 지원금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 사회보장 지원금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 실업 및 근로자 재해 보상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 재향군인 보조금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 이혼 수당/자녀 양육비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 기타 지원금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 연금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 보험금 또는 연금 보험금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 배당금/이자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 임대 수입	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 순수 사업 소득(자영업/개별 소득원별 확인)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 기타(과업 수당, 수습직 급여, 군대 가족 배당금, 부동산과 신탁 재산에서 발생한 소득)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 합계	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 섹션 IV - 신청별 증명서

본인이 제출한 정보를 해당 의료 시설 및 연방 또는 주정부로부터 검증을 받을 수 있음을 이해합니다. 이러한 정보를 고의로 허위 진술할 경우 모든 병원비를 본인이 부담하게 되며 민사상 책임을 져야 할 수 있음을 이해합니다.

의료 시설의 요청이 있을 경우, 병원비에 대해 정부 지원 또는 민간 의료 지원을 신청할 것입니다.

본인은 가족 구성원 수, 소득, 자산 등에 관한 위의 정보가 사실이며 올바르다는 것을 증명합니다.

본인은 본인의 소득 또는 자산에 관한 변경 사항을 병원에 통보할 책임이 있음을 이해합니다.

17. 환자 또는 보증인 서명

18. 날짜