

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		2. 社会安全号	
(姓) (名) (中间名缩写)		- -	
3. 申请日期	4. 首次服务日期	5. 所需服务日期	
/ / 月 日 年	/ / 月 日 年	/ / 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		11. 在新泽西州居住 3 个月的证明	
☐ 是 ☐ 否 ☐ 正在申请		☐ 是 ☐ 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		过去 3 个月 X 4		过去 1 个月 X 12
	或		或	

16. 收入来源

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

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