

## Quy trình đăng ký hỗ trợ tài chính/chăm sóc từ thiện

Quý vị có thể nộp đơn xin Hỗ trợ tài chính trong vòng 1 năm sau khi xuất viện hoặc nhận dịch vụ chăm sóc ngoại trú.

Chăm sóc từ thiện dành cho các cư dân New Jersey không có bảo hiểm, không được bảo hiểm hoặc không hội đủ điều kiện cho các chương trình của Tiểu bang và Liên bang.

Để đủ điều kiện, quý vị phải đáp ứng cả tiêu chí đủ điều kiện về thu nhập và tài sản.

Chăm sóc từ thiện chỉ bao trả dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện. Chương trình không áp dụng cho các bác sĩ hoặc các nhà cung cấp khác, những người lập hóa đơn độc lập cho các dịch vụ của họ.

- Vui lòng điền và ký tên vào đơn đăng ký. (Nếu quý vị được chăm sóc tại nhiều bệnh viện Hackensack Meridian Health, quý vị sẽ phải ký đơn đăng ký cho từng bệnh viện nơi quý vị nhận dịch vụ.)
- Đính kèm bản sao của tất cả các tài liệu được yêu cầu.
- Tất cả các tài liệu là dựa trên ngày dịch vụ đầu tiên.
- Nếu quý vị từ 21 tuổi trở xuống và là sinh viên đại học toàn thời gian, cha mẹ hoặc người giám hộ của quý vị phải điền đơn và cung cấp các tài liệu hỗ trợ cần thiết. Vui lòng cung cấp bằng chứng về tình trạng sinh viên của quý vị và thư giải thưởng tài chính cho học kỳ hiện tại và học kỳ trước.

**Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến đơn ghi danh hoặc tài liệu cần thiết để đăng ký, vui lòng gọi cho cố vấn tài chính tại bệnh viện nơi quý vị nhận các dịch vụ của mình.**

- Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 **(551) 996-4343**
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 **(201) 854-5092**
- JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 **(732) 321-7534**

**Đối với các bệnh viện dưới đây, vui lòng gọi **732-902-7080****

- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733
- Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ
- Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

**Để hỗ trợ thêm cho chúng tôi trong việc xử lý đơn ghi danh chăm sóc từ thiện của quý vị, vui lòng chỉ cung cấp bản sao của các tài liệu được liệt kê bên dưới áp dụng cho trường hợp của quý vị. Nếu các tài liệu thích hợp được liệt kê dưới đây không được cung cấp hoặc đơn đăng ký của quý vị không đầy đủ, chúng tôi sẽ không thể xử lý đơn đăng ký của quý vị. Tất cả các tài liệu được yêu cầu là dựa trên Ngày dịch vụ của quý vị. Ngày dịch vụ là ngày đầu tiên quý vị thực sự ở trong bệnh viện.**

ID cá nhân cho bệnh nhân, vợ/chồng, con cái dưới 18 tuổi và sinh viên đại học toàn thời gian từ 21 tuổi trở xuống

- Chọn một trong các tài liệu cho mỗi thành viên trong gia đình của quý vị: bằng lái xe, giấy khai sinh, thẻ an sinh xã hội, hộ chiếu

Thẻ bảo hiểm

- Bảng sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm

Bảng sao kê tài sản/ngân hàng bao gồm số dư vào ngày sử dụng dịch vụ của quý vị

- Bảng sao kê trương mục thẻ séc, tiết kiệm và thẻ ghi nợ
- Các khoản tiền gửi trên thu nhập được báo cáo của quý vị có thể yêu cầu giải thích
- Tài liệu hiện tại cho bất kỳ CD, IRA, 401K, cổ phiếu hoặc trái phiếu nào

Bảng chứng thu nhập trong một tháng trước ngày dịch vụ

- Bảng chứng về thu nhập kiếm được, bao gồm cuống phiếu lương hoặc bản báo cáo tổng thu nhập có chữ ký từ chủ lao động của quý vị trên giấy tiêu đề kinh doanh
- Nếu quý vị là doanh nghiệp tự do, cần phải có báo cáo lãi lỗ có chữ ký của kế toán cùng với bản sao tờ khai thuế của năm trước. Nếu doanh nghiệp của quý vị là một công ty hợp danh hoặc công ty, hãy cung cấp một lá thư từ một kế toán viên kèm theo bảng rút lương hàng tuần của quý vị.
- Bảng chứng về thu nhập chưa kiếm được, bao gồm nhưng không giới hạn ở lương hưu hưu trí, tiền cấp dưỡng con cái, tiền cấp dưỡng, trợ cấp VA, thư giải thưởng An sinh xã hội, thư giải thưởng SSI cho tất cả các thành viên trong gia đình, hồ sơ thất nghiệp hoặc khuyết tật của bang hoặc các khoản đóng góp tài chính khác

Bảng chứng cư trú trước ngày của dịch vụ

- Phải hiển thị địa chỉ đường phố - **KHÔNG PHẢI** là Hộp thư bưu điện
- Vui lòng chọn một trong những thứ sau: bằng lái xe, bản sao hợp đồng thuê nhà, hóa đơn điện nước, thư đề ngày có tên và địa chỉ của quý vị được cấp trước ngày dịch vụ

Chứng thực của bệnh nhân: (ký tên và ghi ngày tháng vào tất cả các trường hợp áp dụng).

- Chứng thực của người vợ/chồng nếu đã kết hôn (ký tên và ghi ngày vào tất cả những điều thích hợp).

Nếu quý vị không có thu nhập, hãy gửi kèm Thư hỗ trợ có chữ ký của người mà quý vị đang cư trú (không phải là vợ/chồng) cùng đang giúp hỗ trợ tài chính cho quý vị.

**Vui lòng gửi đơn đăng ký và tài liệu của quý vị qua đường bưu điện đến địa chỉ ở trên nơi quý vị đăng ký chăm sóc từ thiện. (Xin nhắc lại: chăm sóc từ thiện là đặc thù của bệnh viện, vì vậy nếu dịch vụ được cung cấp ở nhiều địa điểm, cần phải nộp đơn đăng ký cho từng địa điểm.)**



Hackensack  
Meridian Health

Chương trình hỗ trợ chăm sóc của Bệnh viện New Jersey  
Đơn ghi danh chăm sóc từ thiện

Kiểm tra **TẤT CẢ** các bệnh viện nơi quý vị nhận được dịch vụ:

( ) HUMC ( ) PMC ( ) JFK ( ) JSUMC ( ) OMC ( ) RMC ( ) BCH  
( ) SOMC ( ) RBMC ( ) OBMC

PHẦN I – THÔNG TIN CÁ NHÂN

TÊN BỆNH NHÂN (HỌ, TÊN, TÊN ĐỆM)		NGÀY OF BIRTH	
NGÀY GHI DANH	NGÀY CỦA DỊCH VỤ	ĐANG MANG THAI? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG CỦA BỆNH NHÂN		ĐT DI ĐỘNG/CÀM TAY ( )	
CITY, STATE, ZIP CODE		*FAMILY SIZE	MARITAL STATUS
QUÝ VỊ CÓ PHẢI CÔNG DÂN HOA KỲ KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG LÀ CƯ DÂN HỢP PHÁP TỪ: _____		QUÝ VỊ CÓ PHẢI CƯ DÂN NEW JERSEY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	
TÊN NGƯỜI BẢO CHỨNG (Nếu không phải là Bệnh nhân)		BAO TRẢ BẢO HIỂM: <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG BAO TRẢ BẢO HIỂM _____ CHÍNH SÁCH SỐ:	
THÀNH VIÊN KHÁC CỦA G/ĐÌNH	MỐI QUAN HỆ	NGÀY SINH	MANG THAI? CÓ/KHÔNG BAO TRẢ BẢO HIỂM? CÓ/KHÔNG
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

PHẦN II- TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ

TÀI SẢN BAO GỒM:

- A. Trương mục tiết kiệm \_\_\_\_\_
- B. Trương mục ngân phiếu \_\_\_\_\_
- C. Giấy chứng nhận tiền gửi / IRA \_\_\_\_\_
- D. Vốn chủ sở hữu trong bất động sản (khác với nơi cư trú chính) \_\_\_\_\_
- E. Các tài sản khác, 401K, Cổ phiếu hoặc trái phiếu \_\_\_\_\_
- F. TỔNG CỘNG \_\_\_\_\_

**PHẦN III- TIÊU CHÍ THU NHẬP**

Khi xác định đủ điều kiện để được hỗ trợ chăm sóc tại bệnh viện, bệnh nhân và nếu có, thu nhập của vợ/chồng sẽ được sử dụng. Thu nhập của cha mẹ phải được sử dụng cho một đứa trẻ vị thành niên. Giấy tờ chứng minh thu nhập phải kèm theo đơn này. Thu nhập là dựa trên tính toán của mười hai tháng, ba tháng, một tháng hoặc một tuần thu nhập trước ngày của dịch vụ.

TÊN CHỦ LAO ĐỘNG:

TỔNG THU NHẬP

\$

**NGUỒN THU NHẬP:**

Hàng tuần    Hàng tháng    Hàng năm

- A. Lương / Tiền lương trước khi Khấu trừ \_\_\_\_\_
- B. Trợ giúp cộng đồng \_\_\_\_\_
- C. Phúc lợi an sinh xã hội / người khuyết tật \_\_\_\_\_
- D. Trợ cấp thất nghiệp và công nhân. \_\_\_\_\_
- E. Phúc lợi cựu chiến binh \_\_\_\_\_
- F. Sống chung / cấp dưỡng nuôi con \_\_\_\_\_
- G. Các hỗ trợ tiền bạc khác \_\_\_\_\_
- H. Thanh toán lương hưu \_\_\_\_\_
- I. Khoản thanh toán b/hiểm hoặc hàng năm \_\_\_\_\_
- J. Cổ tức / Lãi suất \_\_\_\_\_
- K. Thu nhập từ tiền cho thuê \_\_\_\_\_
- L. Thu nhập kinh doanh ròng \_\_\_\_\_
- M. Khác (Phúc lợi đình công, lương đào tạo, Trợ cấp gia đình quân nhân, BDS hoặc tín thác) \_\_\_\_\_

Nguồn thu nhập khác: \_\_\_\_\_

**PHẦN IV – NGƯỜI NỘP ĐƠN CHỨNG NHẬN**

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi gửi phải được xác minh bởi cơ sở chăm sóc sức khỏe thích hợp và Chính quyền Liên bang hoặc Tiểu bang. Việc cố ý xuyên tạc những sự thật này sẽ khiến tôi phải chịu trách nhiệm về tất cả các khoản viện phí theo hình phạt dân sự.

Nếu cơ sở chăm sóc sức khỏe yêu cầu, tôi sẽ nộp đơn xin trợ giúp y tế của chính phủ hoặc tư nhân để thanh toán hóa đơn viện phí.

Tôi xác nhận rằng những thông tin trên về tình trạng gia đình, thu nhập và tài sản của tôi là đúng sự thật và chính xác.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho bệnh viện về bất kỳ sự thay đổi nào về tình trạng liên quan đến thu nhập hoặc tài sản của tôi.

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ**

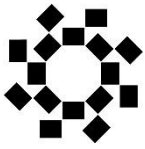
**NGÀY**

**PHẦN CỦA NHÂN VIÊN CHÍNH PHỦ:**    Trách nhiệm    Không bao trả bảo hiểm \_\_\_\_\_ %

Sau bao trả bảo hiểm \_\_\_\_\_ %

NGÀY CHẤP THUẬN: \_\_\_\_\_ Có hiệu lực: \_\_\_\_\_ Kết thúc: \_\_\_\_\_

Chữ ký người đánh giá: \_\_\_\_\_



## CHỨNG THỰC CỦA BỆNH NHÂN

### KÝ TÊN BÊN DƯỚI BẤT CỨ ĐIỀU GÌ CÓ THỂ ÁP DỤNG CHO TÌNH HUỐNG CỦA QUÝ VI:

1. Tôi chứng thực cho đến \_\_\_\_\_ tôi CHƯA nhận được khoảng thu nhập nào.  
NGÀY

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

2. Tôi chứng thực KHÔNG CÓ TÀI SẢN (Tài khoản ngân hàng, CD, v.v.) của cá nhân tôi hoặc bất kỳ bên nào.

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

3. Tôi chứng thực rằng tôi VÔ GIA CƯ và đã VÔ GIA CƯ KỂ TỪ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

4. Tôi chứng thực rằng mình KHÔNG tự mình hoặc thông qua bên khác BAO TRẢ TIỀN Y TẾ để bao trả số tiền chưa thanh toán của các hóa đơn của tôi.

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

### CHỨNG THỰC CƯ TRÚ PHẢI CÓ CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM

5. TÔI CHỨNG THỰC RẰNG TÔI LÀ/ĐÃ LÀ CƯ DÂN CỦA NEW JERSEY TẠI THỜI ĐIỂM NHẬN CÁC DỊCH VỤ VÀ TÔI CÓ Ý ĐỊNH TIẾP TỤC LÀ CƯ DÂN CỦA NEW JERSEY.

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

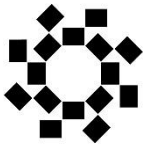
6. TÔI KHẲNG ĐỊNH RẰNG TẤT CẢ THÔNG TIN ĐƯỢC CUNG CẤP TRÊN CHỨNG THỰC NÀY LÀ ĐÚNG SỰ THẬT, ĐẦY ĐỦ VÀ CHÍNH XÁC NHẤT THEO NHỮNG GÌ TÔI BIẾT.

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

\_\_\_\_\_  
Người đánh giá



## CHỨNG THỰC CỦA NGƯỜI VỢ/CHỒNG

### CHỈ KÝ TÊN BÊN DƯỚI NHỮNG GÌ CÓ THỂ ÁP DỤNG CHO TRƯỜNG HỢP CỦA QUÝ VI:

1. Tôi chứng thực cho đến \_\_\_\_\_ tôi CHƯA nhận được khoản thu nhập nào.  
NGÀY

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

2. Tôi chứng thực KHÔNG CÓ TÀI SẢN (Tài khoản ngân hàng, CD, v.v.) của cá nhân tôi hoặc bất kỳ bên nào.

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

3. Tôi chứng thực rằng tôi VÔ GIA CƯ và đã VÔ GIA CƯ KỂ TỪ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

4. Tôi chứng thực rằng mình KHÔNG tự mình hoặc thông qua bên khác BAO TRẢ TIỀN Y TẾ để bao trả số tiền chưa thanh toán của các hóa đơn của tôi.

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

### CHỨNG THỰC CƯ TRÚ PHẢI CÓ CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM

5. TÔI CHỨNG THỰC RẰNG TÔI LÀ/ĐÃ LÀ CƯ DÂN CỦA NEW JERSEY TẠI THỜI ĐIỂM NHẬN CÁC DỊCH VỤ VÀ TÔI CÓ Ý ĐỊNH TIẾP TỤC LÀ CƯ DÂN CỦA NEW JERSEY.

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

6. TÔI KHẲNG ĐỊNH RẰNG TẤT CẢ THÔNG TIN ĐƯỢC CUNG CẤP TRÊN CHỨNG THỰC NÀY LÀ ĐÚNG SỰ THẬT, ĐẦY ĐỦ VÀ CHÍNH XÁC NHẤT THEO NHỮNG GÌ TÔI BIẾT.

\_\_\_\_\_  
(Vợ/chồng/ Bên chịu trách nhiệm)

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
NGÀY

\_\_\_\_\_  
Người đánh giá



## THƯ ỦNG HỘ

BỆNH NHÂN:

NGÀY:

NGÀY SINH:

NGÀY DỊCH VỤ BAN ĐẦU:

**DÀNH CHO NGƯỜI ĐANG CUNG CẤP HỖ TRỢ CHO BỆNH NHÂN HOÀN THIỆN. ĐỪNG BAO GỒM NGƯỜI VỢ/CHỒNG ĐANG SỐNG VỚI QUÝ VI.**

Tôi xác nhận rằng thông tin được liệt kê dưới đây là đúng sự thật và chính xác. Tôi hoàn toàn hiểu rằng việc cung cấp thông tin sai lệch hoặc không cung cấp đầy đủ thông tin được yêu cầu có thể tạo thành căn cứ để lừa đảo và Hackensack Meridian Health có thể thực hiện bất kỳ hành động pháp lý nào thích hợp. Tôi hiểu thêm rằng cá nhân tôi sẽ chịu trách nhiệm nếu thông tin bị làm sai lệch, không đầy đủ hoặc gây hiểu nhầm theo bất kỳ cách nào.

**Chọn bất kỳ ô bên dưới nào đúng với trường hợp của quý vị:**

- Người có tên ở trên sống với tôi, và kể từ (Ngày): \_\_\_\_\_
- Người có tên ở trên là cư dân N.J. vào thời điểm thực hiện nghĩa vụ, không có cư trú ở bất kỳ Tiểu bang hoặc Quốc gia nơi nào khác và dự định ở lại Tiểu bang NJ.
- Người có tên trên không được bao trả bởi bất kỳ loại bảo hiểm y tế nào bao gồm Medicaid hoặc Medicare.
- Người có tên ở trên hiện đang thất nghiệp và đã làm việc ít nhất một tháng trước ngày dịch vụ nêu trên.
- Người có tên trên không nhận trợ cấp thất nghiệp hoặc bất kỳ hình thức trợ cấp nào khác (Khuyết tật, SSI, Phúc lợi, v.v.)
- Tôi đang cung cấp Thức ăn và Nơi ở cho người có tên ở trên.
- Tôi đang cung cấp Tiền mặt với số tiền \$ \_\_\_\_\_ mỗi tháng, cho người có tên trên.
- Người được nêu tên ở trên không sống với tôi nhưng được tôi cung cấp hỗ trợ dưới hình thức:

\_\_\_\_\_

Ký tên

Mối quan hệ của quý vị với những người có tên ở trên

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

(Thành phố)

(Tiểu bang)

(Mã Zip)

Số điện thoại: \_\_\_\_\_