



St Lukes Warren Campus  
185 Roseberry Street  
Phillipsburg, NJ 08865  
(908) 847-6828  
(908) 859-6844

NJ 병원 치료 지원 프로그램 신청 규정 준수 목록

신분증

- **환자 및 법적 배우자**
  - a) **다음 중 하나:** 운전면허증, 자동차 등록증, 사회보장카드, 체류 외국인 증명서, 유권자 등록, 메디케어, 직원 ID, 출생증명서, 여권. 또한 혼인증명서(아내가 귀하의 성을 따르지 않은 경우))
- **가정 내 미성년자(정규 학생인 경우 최대 22세까지)**
  - b) **각 미성년자에 대해 다음 중 하나:** 학생 ID, 자동차 등록증, 사회보장카드, 체류 외국인 증명서, 출생증명서 또는 여권
- **후견인**
  - c) A에서 위에 나열된 양식 중 하나

거주

- **환자 및 법적 배우자**
  - a) 환자의 유효한 NJ 운전면허증(**현재 주소 표기**), 아파트 임대차 계약서, 전화 요금 고지서(**주소 표기**)), **현재**또는 **이전** 달의 케이블 또는 공공(PSE&G) 요금(서비스가 수행되었거나 스탬프가 제공된 경우) PSE&G 인쇄물(\_\_\_\_/\_\_\_\_ 또는 \_\_\_\_/\_\_\_\_), 재산 증서
  - b) 임대주 또는 함께 거주하는 사람의 서신 또는 서명(**포함해야 하는 내용: 날짜, 거주 기간 및 주소, 전화번호와 서명**)
- **후견인**
  - c) 귀하를 도와주는 사람의 서신 또는 서명(**A에 나열된 내용이 모두 포함되어야 함**)

소득

- **환자 및 법적 배우자**
  - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_에서 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_까지의 지난 급여 명세서 사본 4부 또는 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 및 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_의 급여 명세서 사본 2부 (주급을 받는 경우)
  - 귀하의 근무 기간과 주별 총소득을 나타내는 회사 레터헤드. (**서명, 직함 및 적용되기 최소 4일 전의 날짜가 포함되어야 함**) (첨부된 샘플 참조)
  - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_에서 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_까지의 지난 실업/장애 증명서 사본 2부 또는 \_\_\_\_/\_\_\_\_의 출력 보고서
  - \_\_\_\_/\_\_\_\_에서 \_\_\_\_/\_\_\_\_까지의 사회보장 명세서 및/또는 연금 명세서
  - 자영업을 하는 경우 회계사가 작성한 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_에서 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_까지의 지난 3개월 동안의 손익계산서 (첨부된 샘플 참조)
  - 공인회계사의 공증서 (첨부된 샘플 참조)
  - \_\_\_\_의 소득세 증명서(서비스 날짜가 **12월 1일~1월 31일** 사이인 경우), 준비자의 납세자, 본인 및/또는 법적 배우자의 서명이 있어야 함
  - 다음과 같은 기타 소득 증명서: 아동 후견인 증서 또는 인쇄물, 복지 패키지 G/H, 연금, 이혼 수당 등...

## 자산

- **환자 및 법적 배우자**

- \_\_\_\_/\_\_\_\_ 및 \_\_\_\_/\_\_\_\_의 해당 월 당좌 예금/저축 예금 계좌의 사본 또는 통장
- \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_의 서비스 날짜 계좌 잔액이 표시된 은행 레터헤드
- 지난 15일간의 소인이 찍히 출력 보고서  
(서신 또는 보고서에는 적용하기 최소한 3일 전의 날짜가 표시되어야 함)
- \_\_\_\_/\_\_\_\_의 401 K 플랜 증명서, 배당금, 주식 I.R.A., 양도성 예금 증서의 사본

위에 나열된 문서를 준비해 뉴저지 병원 치료 지원 프로그램을 신청하십시오.

부서 주소:

(MATTHEW GEORGE & NAOMIPANTOJA)  
185 ROSEBERRY STREET  
PHILLIPSBURG, NJ 08865

월요일에서 금요일 오전 8시부터 오후 4시

전화번호: (908) 847-6828

팩스 번호: (908) 847-6039(영어 및/또는 스페인어)

**PS:** 돌려받은 문서를 가지고 메인 로비에 가서 보고한 후 지침을 따르십시오. 감사합니다.

### 사실 진술서

계정 번호 \_\_\_\_\_ MR 번호 \_\_\_\_\_

환자: \_\_\_\_\_

서비스 날짜: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

보증인: \_\_\_\_\_

환자와의 관계: \_\_\_\_\_

1. 거주지: \_\_\_\_\_  
주소 시 주 우편번호

거주 시작 날짜: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_. 덧붙여,  
계속해서 뉴저지 주 주민으로 남을 의향이 있습니다.

시민입니까?  예  아니요

2. 서비스 시점에 본인의 재원 조달 상태 회사 이름: \_\_\_\_\_

- |   |                     |                             |                             |                             |
|---|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 실업                             | Pt. 수입/모금: \$ _____ | <input type="checkbox"/> 주간 | <input type="checkbox"/> 격주 | <input type="checkbox"/> 월간 |
| <input type="checkbox"/> 모금                             | 본인/배우자에 의한          | <input type="checkbox"/> 주간 | <input type="checkbox"/> 격주 | <input type="checkbox"/> 월간 |
| <input type="checkbox"/> 퇴직                             | 기타 소득: \$ _____     | <input type="checkbox"/> 주간 | <input type="checkbox"/> 격주 | <input type="checkbox"/> 월간 |
| <input type="checkbox"/> 고용                             | 추가 소득원: _____       |                             |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> 서비스 시점에 소득 없음. 지원 받는 대상: _____ |                     |                             |                             |                             |

관계: \_\_\_\_\_ 주소 \_\_\_\_\_

3. 본인의 결혼 상태  기혼  이혼  사별  별거  
\_\_\_\_\_ 명의 미성년자 자녀와 함께 살고 있습니다.

4.  서비스 시점에 아무런 보험에도 가입하지 않았습니다.  보험에 가입하지 않았거나 다음을 통해 제한된 보험 보장을 받았습니다.

보험사 이름: \_\_\_\_\_

정책 #: \_\_\_\_\_ 가입자: \_\_\_\_\_

5. 서비스 첫 날, 보유하고 있던 유동성 자산 규모: \$ \_\_\_\_\_

은행: \_\_\_\_\_

서비스 시점에 아무런 유동성 자산도 없었습니다.

본인은 뉴저지 병원 치료 지원 프로그램을 신청하기 위해 본 사실 진술서를 작성하고 있습니다. 이 지원이 의료적으로 필요한 병원 치료를 위해 유일하게 이용 가능한 것이며, 의사의 진찰, 마취, 방사선 판독, 외래 치료 및 외래 처방으로 발생하는 비용은 병원비와 별개이며 할인을 받지 못할 수도 있음을 인지하고 있습니다.

본 사실 진술서에 서명함으로써, 본인임을 증명합니다. 전술한 진술 중 어느 것이라도 거짓일 경우, 처벌을 받게 됨을 인지하고 있습니다.

서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

뉴저지 병원 치료 지원 프로그램  
참가 신청서

섹션 I - 개인 정보			
1. 환자 이름 _____ (성) _____ (이름) (영문중간이름 첫 철자)		2. 사회 보장 번호 _____	
3. 신청 날짜 ____/____/____ 월 / 일 / 연도	4. 서비스 시작 날짜 ____/____/____ 월 / 일 / 연도	5. 서비스 요청 날짜 ____/____/____ 월 / 일 / 연도	
6. 환자의 도로명 주소 _____		7. 전화번호 ( ) _____	
8. 시, 주, 우편번호 _____		9. 가족 규모 _____	
10. 미국 시민권 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 신청 보류 중		11. 뉴저지 3개월 이상 거주 증명 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
12. 보증인 이름(환자 이외) _____		13. 환자(배우자, 부모, 기타)가 보험 적용을 받으니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 회사 이름 _____ 주소 _____	

**자격이 있는 가족 구성원(신청자 포함)**

이름	생년월일	사회 보장 번호	직업	월급
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**섹션 II - 자산 기준**

14. 개인 자산: \_\_\_\_\_

15. 가계 자산: \_\_\_\_\_

16. 자산 포함 내역:

- A. 현금 \_\_\_\_\_
- B. 저축 예금 \_\_\_\_\_
- C. 당좌 예금 \_\_\_\_\_
- D. 예금 증서/I.R.A \_\_\_\_\_
- E. 부동산 자산(주거주지 이외) \_\_\_\_\_
- F. 기타 자산(재정 증권, 유통 어음, 기업 주식 및 채권) \_\_\_\_\_
- G. 총계 \_\_\_\_\_

\*가족 규모에는 본인, 배우자, 미성년자 자녀가 포함됩니다. 임신부는 2명으로 계산됩니다.

참가 신청서

## 참가 신청서(계속)

### 섹션 III - 소득 기준

병원 치료 지원 자격 결정 시 성인의 경우 배우자의 소득 및 자산을 사용해야 하며, 미성년자의 경우 부모의 소득 및 자산을 사용해야 합니다. 소득 증명서에는 이 신청서가 수반되어야 합니다.

소득은 서비스 날짜 전 12개월, 3개월 또는 1개월 계산에 기반합니다.

환자/가족 총 소득은 다음보다 적습니다.

지난 12개월	또는	지난 3개월 X 4	또는	지난 1개월 X 12

### 17. 소득원

	주간	월간	연간
A. 공제 전 급여/임금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 공적 부조 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 사회 보장 연금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 실업 수당 및 산재 보상 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 보훈 연금 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 위자료/양육비 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. 기타 재정 지원 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 연금 지급 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 보험 또는 연금 지급 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 배당금/이자 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 임대 소득 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 순 사업 소득(자영업/독립 소득원으로 확인됨) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 기타(파업 수당, 교육 급여, 군인 가족 할당금, 부동산 및 신탁 재산 소득) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. 총계 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 섹션 IV - 신청인 증명서

본인이 제출하는 정보가 적절한 보건 의료 시설 및 주 정부의 검증을 받는다는 점을 이해합니다. 이 사실을 고의적으로 허위 진술할 경우 모든 병원비에 대한 책임은 본인에게 있으며 민사상 처벌을 받게 됩니다.

보건 의료 시설의 요청을 받을 경우, 본인은 병원 청구서 지불에 대해 정부 또는 민간 의료 지원을 신청할 것입니다.

본인의 가족 규모, 소득, 자산과 관련한 위의 정보가 사실이며 정확함을 증명합니다.

본인은 소득과 관련한 상태에 변화가 있을 시 이를 병원에 알릴 책임이 있음을 이해합니다.

18. 환자 또는 보증인 서명

19. 날짜

---



X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
환자/책임 당사자 서명                      관계                      날짜

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
배우자/책임 당사자 서명                      관계                      날짜

\_\_\_\_\_   
면접관의 이니셜



St Lukes Warren Campus  
185 Roseberry St.  
Phillipsburg, N.J. 08865  
(908) 847-6828

---

**사실 진술서  
뉴저지 병원 치료 지원 신청서**

\_\_\_\_\_   
환자 이름

\_\_\_\_\_   
계좌 번호

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_   
날짜

담당자 귀하:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

환자 서명: X \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

환자 이름(정자체): \_\_\_\_\_

배우자/후견인/기타 서명: \_\_\_\_\_

배우자/후견인/기타 이름(정자체): \_\_\_\_\_

**5/2021**