



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

DANH SÁCH TUÂN THỦ ĐĂNG KÝ CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ CHĂM SÓC TẠI BỆNH VIỆN Ở NJ

DANH TÍNH

- **BỆNH NHÂN VÀ VỢ/CHỒNG HỢP PHÁP**
 - a) **Một trong những thông tin sau:** Giấy phép Lái xe, Xe Mô-tô, Thẻ An sinh Xã hội, Người nước ngoài Cư trú, Đăng ký Cư trú, Medicare, ID Nhân viên; Giấy khai sinh, Hộ chiếu. Cả Giấy chứng nhận Kết hôn (**Nếu vợ không mang họ của bạn**)
- **NGƯỜI VỊ THÀNH NIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH (Tối đa 22 tuổi nếu là Sinh viên Chính quy)**
 - b) **Một trong những thông tin sau đối với mỗi người vị thành niên:** ID Sinh viên, Xe Mô-tô, Thẻ An sinh Xã hội, Người nước ngoài Cư trú; Giấy khai sinh hoặc Hộ chiếu
- **NGƯỜI BẢO TRỢ**
 - c) Bất kỳ biểu mẫu nào được liệt kê ở phần A bên trên

CƯ TRÚ

- **BỆNH NHÂN VÀ VỢ/CHỒNG HỢP PHÁP**
 - a) Giấy phép Lái xe ở NJ hợp lệ của bệnh nhân (**trên đó có ghi địa chỉ hiện tại**), Hợp đồng Cho thuê Căn hộ, Hóa đơn Điện thoại (**trên đó có ghi địa chỉ**), Hóa đơn Truyền hình cáp hoặc Tiện ích (PSE&G) cho tháng **hiện tại** hoặc **trước đó** khi dịch vụ được thực hiện hoặc một Bản in PSE&G có Đóng dấu (____/____/____ hoặc ____/____/____), Chứng thư Sở hữu Bất động sản
 - b) Một bức thư hoặc chữ ký của Chủ đất hoặc người mà bạn đang ở cùng (**phải bao gồm: ngày, thời gian bạn đã ở đó và địa chỉ của bạn, có chữ ký của Chủ đất kèm số điện thoại**)
- **NGƯỜI BẢO TRỢ**
 - c) Một bức thư hoặc chữ ký của người đang giúp đỡ bạn (**phải bao gồm mọi nội dung liệt kê trên mục A**)

THU NHẬP

- **BỆNH NHÂN VÀ VỢ/CHỒNG HỢP PHÁP**
 - Bản sao của bốn (4) phiếu lương cuối cùng từ ____/____/____ đến ____/____/____ hoặc hai (2) phiếu lương cho ____/____/____ và ____/____/____ nếu bạn được trả lương hai tuần một lần
 - Phần đề thư của Công ty cho biết thời gian bạn đã đang làm việc cho họ và tổng thu nhập hàng tuần. (**Phải có chữ ký, có đề chức danh và đề ngày ít nhất bốn (4) ngày trước khi tới đăng ký**) (Xem mẫu đính kèm)
 - Bản sao của hai (2) phiếu trợ cấp thất nghiệp/khuyết tật cuối cùng từ ____/____/____ đến ____/____/____ hoặc một bản in báo cáo cho ____/____/____
 - Thư Cấp Trợ cấp An sinh Xã hội và/hoặc phiếu nhận Lương hưu từ ____/____/____ đến ____/____/____
 - Nếu tự doanh, Báo cáo Lợi nhuận và Lỗ từ một kế toán cho ba (3) tháng vừa qua, từ ____/____/____ đến ____/____/____ (Xem mẫu đính kèm)
 - Thư công chứng từ một Kế toán viên Công chứng (Xem mẫu đính kèm)
 - Giấy tờ nộp Thuế Thu nhập cho ____ (Nếu ngày cung cấp dịch vụ rơi vào giữa **12/01** và/hoặc **31/01**), **thì phải được ký bởi người nộp thuế của bên soạn thảo, chính bạn và/hoặc vợ/chồng hợp pháp**
 - Các nguồn thu nhập khác như: Thư hoặc Bản in Cấp dưỡng Con nhỏ hoặc Bản in, Gói Trợ cấp Phúc lợi, Niên kim, Tiền cấp dưỡng, v.v.

TÀI SẢN

- **BỆNH NHÂN VÀ VỢ/CHỒNG HỢP PHÁP**
 - Bản sao Tài khoản Séc/Tiết kiệm hoặc Sổ tiết kiệm cho các tháng ____/____/____ và ____/____/____
 - Phần đề thư của ngân hàng cho biết số dư trên tài khoản trong ngày cung cấp dịch vụ ____/____/____
 - Bản in Báo cáo có Đóng dấu cho mười lăm (15) ngày vừa qua (**Thư hoặc báo cáo phải được đề ít nhất ba (3) ngày trước khi tới đăng ký**)
 - Bản sao của các bảng kê thuộc Chương trình 401 K, Cổ tức, Cổ phần, I.R.A., Chứng chỉ Tiền gửi, v.v. cho ____/____/____

VUI LÒNG CHUẨN BỊ CÁC TÀI LIỆU LIỆT KÊ BÊN TRÊN VÀ ĐĂNG KÝ VỚI CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ CHĂM SÓC TẠI BỆNH VIỆN Ở NEW JERSEY
TẠI VĂN PHÒNG CỦA CHÚNG TÔI THEO ĐỊA CHỈ:
(MATTHEW GEORGE & NAOMI PANTOJA)
185 ROSEBERRY STREET
PHILLIPSBURG, NJ 08865

Thứ hai – Thứ sáu, 8:00 sáng – 4:00 chiều
Điện thoại (908) 847-6828
Fax (908) 847-6039 (Tiếng Anh và/hoặc Tây Ban Nha)

PS: VUI LÒNG MANG THEO TÀI LIỆU ĐƯỢC TRẢ LẠI CHO BẠN VÀ BÁO CÁO VỚI NHÂN VIÊN Ở PHÒNG ĐỢI CHÍNH VÀ LÀM THEO CHỈ DẪN. XIN CẢM ƠN.

TỜ KHAI THÔNG TIN

Tài khoản # _____

MR # _____

Bệnh nhân: _____

Ngày cung cấp Dịch vụ: ___/___/___

Người bảo lãnh: _____

Quan hệ với Bệnh nhân: _____

1. Tôi đang cư trú tại: _____

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã Bưu chính

Kể từ: ___/___/___ . Ngoài ra, tôi có ý định tiếp tục cư trú ở New Jersey.

CÔNG DÂN?

CÓ

KHÔNG

2. Tại thời điểm cung cấp dịch vụ, Tôi:

Tên Công ty: _____

Thất nghiệp

Thu nhập/Nguồn thu của Bệnh nhân: \$ _____

Tuần

Mỗi hai tuần

Tháng

Có nguồn thu

Thu nhập khác mà

bản thân/vợ/chồng nhận được bao gồm: \$ _____

Tuần

Mỗi hai tuần

Tháng

Nghỉ hưu

Đang làm việc

Nguồn thu nhập bổ sung: _____

Tại thời điểm cung cấp dịch vụ tôi không có thu nhập. Tôi được bảo trợ bởi: _____

Quan hệ: _____

Địa chỉ _____

3. Tôi:

Độc thân

Đã kết hôn

Ly hôn

Ở góa

Ly thân

Tôi có _____ người con vị thành niên đang sống cùng mình. _____

4.

Tôi/Chúng tôi không có bảo hiểm tại thời điểm cung cấp dịch vụ.

Tôi/Chúng tôi không được bảo hiểm chi trả hoặc chỉ được chi trả giới hạn thông qua:

Tên Hãng Bảo hiểm: _____

Khế ước #: _____

Người đăng ký: _____

5. Vào ngày đầu tiên cung cấp dịch vụ, Tôi/Chúng tôi có các tài sản luân chuyển với giá trị: \$ _____

Ngân hàng: _____

Tại thời điểm cung cấp dịch vụ, Tôi/Chúng tôi không có bất cứ tài sản luân chuyển nào.

Tôi làm Tờ khai này để đăng ký Chương trình Hỗ trợ Chăm sóc ở Bệnh viện thuộc New Jersey. Tôi nhận thức được rằng sự hỗ trợ này chỉ áp dụng cho việc chăm sóc ở bệnh viện cần thiết về mặt y tế và các chi phí phát sinh cho các Dịch vụ Bác sỹ, Dịch vụ gây mê, Phân tích X-Quang, Điều trị Ngoại trú và Đơn thuốc ngoại trú không bao gồm trong Viện phí và có thể không đủ điều kiện để được miễn giảm.

Bằng việc ký vào tờ khai này, Tôi xác nhận rằng tôi là người như tôi đã khai. Tôi nhận thức được rằng, nếu bất kỳ phát ngôn nào ở trên là không chính xác, tôi sẽ phải chịu phạt.

Chữ ký _____

Ngày / / _____

ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA (Tiếp)

PHẦN III - Tiêu chí về Thu nhập

Khi xác định mức hội đủ điều kiện cho việc hỗ trợ chăm sóc tại bệnh viện, thu nhập và tài sản của vợ/chồng phải được dùng cho người lớn; thu nhập và tài sản của cha mẹ phải được dùng cho con cái vị thành niên. **Chứng minh Thu nhập phải đi kèm với đơn đăng ký này.**

Thu nhập được dựa trên việc tính toán thu nhập của mười hai tháng, ba tháng hoặc một tháng trước ngày cung cấp dịch vụ.

Tổng Thu Nhập của Bệnh nhân/Gia đình phải bằng với mức thấp hơn của:

12 THÁNG QUA	HOẶC	3 THÁNG QUA X 4	HOẶC	1 THÁNG QUA X 12

17. CÁC NGUỒN THU NHẬP

	HÀNG TUẦN	HÀNG THÁNG	HÀNG NĂM
A. Lương/Tiền lương Trước khi Giảm trừ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Hỗ trợ Công	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Trợ cấp An sinh Xã hội	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Trợ cấp Thất nghiệp & Người lao động	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Trợ cấp Cựu chiến binh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tiền cấp dưỡng/Hỗ trợ Con nhỏ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Hỗ trợ Tài chính Khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Tiền Lương hưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Tiền Bảo hiểm hoặc Trợ cấp Hàng năm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Cổ tức/Cổ phần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Thu nhập Cho thuê	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Thu nhập Kinh doanh Ròng (tự doanh/được xác nhận bằng nguồn độc lập)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Nguồn khác (trợ cấp đình công, phí đào tạo, trợ cấp gia đình quân nhân, thu nhập từ bất động sản và các 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 của Người đăng ký

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi cung cấp sẽ được kiểm chứng bởi cơ sở chăm sóc y tế thích hợp và Chính phủ Liên bang hoặc Tiểu bang. Việc cố ý trình bày sai lệch các thông tin này sẽ khiến tôi phải chịu trách nhiệm cho mọi viện phí và phải chịu hình phạt dân sự.

Nếu được cơ sở chăm sóc y tế yêu cầu, tôi sẽ đăng ký nhận hỗ trợ y tế của tư nhân hoặc chính phủ để thanh toán hóa đơn bệnh viện.

Tôi xác nhận rằng thông tin ở trên về quy mô gia đình, thu nhập và các tài sản của tôi là chính xác và đúng sự thật.

Tôi hiểu rằng mình có trách nhiệm báo cho bệnh viện bất cứ thay đổi nào về tình trạng liên quan đến thu nhập của tôi.

18. CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI BAO LÂM

19. NGÀY



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

**TỜ KHAI THÔNG TIN
ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ CHĂM SÓC Ở BỆNH VIỆN THUỘC NEW JERSEY**

Tên Bệnh nhân

Số Tài khoản

____/____/____
Ngày

Gửi Những Ai Có Liên Quan:

Chữ ký của Bệnh nhân: X_____

Ngày: ____/____/____

Tên Bệnh nhân (In hoa): _____

Chữ ký của Vợ/Chồng/Người bảo trợ/Người khác: _____

Tên Vợ/Chồng/Người bảo trợ/Người khác (In hoa): _____