



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

新泽西州医院护理援助计划申请合规单

身份证明

- **患者及合法配偶**
 - a) 下列之一：驾照、机动车辆、社保卡、外籍居民、登记选民、Medicare、员工证；出生证明、护照 以及结婚证（**若您的妻子未冠您的姓**）
- **家中的未成年人**（若为全日制学生，**年龄最大为 22 岁**）
 - b) 每位未成年人需提供下列之一： 员工证、机动车辆、社保卡、外籍居民；出生证明或护照
- **资助人**
 - c) 以上 A 中列出的任何文件

居住证明

- **患者及合法配偶**
 - a) 患者的有效新泽西护照（上面印有目前的居住地址）、公寓租赁协议、电话账单（上面印有目前的居住地址），**服务执行、盖章当月或上月**的网费或水电费（PSE&G）账单 PSE&G 打印件（____/____/____ 或 ____/____/____）；产权契约
 - b) 由房东或同住人出具的信函或签名（须包括：日期、在该地居住的时间以及您的地址，并附有他/她的签名及电话号码）
- **资助人**
 - c) 由资助你的人出具的信函或签名（须包括 A 上列出的任何信息）

收入

- **患者及合法配偶**
 - 最新四（4）份从 ____/____/____ 至 ____/____/____ 工资存根的复印件或两份（2）____/____/____ 的工资存根以及 ____/____/____（若您每两周领一次工资）
 - 一封印有公司抬头的信函，说明您在该公司工作多久以及每周总收入。（**必须有签名、职位，且出具时间至少须在 申请前四（4）天**）（**查看附件模板**）
 - 最新两（2）份从 ____/____/____ 至 ____/____/____ 的失业/残疾存根或一份 ____/____ 打印报告
 - 社会保障奖信函和/或从 ____/____ 至 ____/____ 的养老金存根
 - 若为自雇，须提供过去三（3）个月的账户损益表，时间为从 ____/____/____ 至 ____/____/____（**查看附件模板**）
 - 由公共会计师出具的公证函（**查看附件模板**）
 - ____的所得税文件（若服务日期为 12/01 和/或 1/31 之间），**它们必须由税务申报人、您本人和/或合法配偶签名**
 - 其他收入来源，如：子女抚养函或打印件、G/H 福利套餐、年金、赡养费等...

资产

- **患者及合法配偶**
 - ____/____ 和 ____/____ 月支票/储蓄账户或存折的复印件
 - 一份印有银行抬头的信函，列出服务日期为 ____/____/____ 的账户结余
 - 过去十五（15）天的盖章打印件报告（**信件或报告的出具日期须至少在申请三（3）天前**）
 - ____/____ 的 401 K 计划文件、股息、股票、I. R. A.（个人退休金）、存款证明等复印件

请获取以上列出的文件并申请新泽西医疗护理支付援助计划

我们部门位于：

(MATTHEW GEORGE & NAOMI PANTOJA)

185 ROSEBERRY STREET

PHILLIPSBURG, NJ 08865

周一至周五 上午 8:00 至下午 4:00

电话 # (908) 847-6828

传真 # (908) 847-6039（英语和/或西班牙语）

附言： 请将回传给您的文件及报告带至大厅并按指示操作。 谢谢。



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

事实证明书

账号 _____ MR 编号 _____

患者) _____ 服务日期: ____/____/____

担保人: _____ 与患者的关系: _____

\$ 我居住在: _____
地址 城市 州/省 邮编

起始日期: ____/____/____. 外/ 我打算
继续在新泽西州居住. M 民1 是 ☐ 否 ☐

2. 服务之时/ 我曾是: M 司名称: _____

☐ 失业 兼职收入/收款: \$ _____ ☐ 周 ☐ 两周 ☐ 月

☐ 收款 我/配偶获得的 ☐ 周 ☐ 两周 ☐ 月

☐ 退休 其他收入有: \$ _____ ☐ 周 ☐ 两周 ☐ 月

☐ 就业 其他收入来源: _____

☐ 服务之时/ 我没有收入. 受他人资助: _____

关系: _____ 地址 _____

3. 我现在是: ☐ 单身 ☐ 已婚 ☐ 离异 ☐ 丧偶 ☐ 分居

我有 ____ : 未成年小孩与我2 起生活. _____

4. ☐ 服务之时/ ☐ 我 们)没有保险
我 们)没有保险. 或有4 列限制保险:

保险M 司名称: _____

保单号: _____ 投保人: _____

(. 服务首日/ 我 们)拥有的流动资产金额为: \$ _____

银行: _____

☐ 服务之时/ 我 们)没有任何流动资产.

我填写本证明书是为申请新泽西医疗护理支付援助计划. 我清楚/ 此援助仅为获得必要的医疗护理/
医生服务、麻醉服务放射解释、门诊治疗和门诊处方所产生的费用与医疗费用分开/ 可能5 能减免.

签署本证明书/ 即表示我证明自己的情R 属实. 我清楚/ 如果3 述陈述有任何5 实/ 我将接受惩罚.

签名

日期



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

新泽西医疗护理支N 援助计划
参与申请表

第 1 部分 - C L 信息

1.患者姓名 _____ (姓) _____ (名) _____ (D 间名)		2.社会保障号码
3.申请日期 ____/____/____ 月 日 年	4.服务首日 ____/____/____ 月 日 年	5.请求服务日期 ____/____/____ 月 日 年
6.患者的街道地址		7.电话号码 ()
8.城市8 州8 邮编		9.家庭L 数
10.美国公民 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 未决申请		11.新泽西州3C 月居住证明 ☐ 是 ☐ 否
12.担保L 姓名(如果不是患者本L)		13.患者(配偶、父母、其M) 是否有保险 ☐ 是 ☐ 否 公司名称 _____ 地址 _____

具备资格的家庭成员8 包括申请L

姓名	出生日期	社会保障号码	职位	月收入
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

第 2 部分 - 资K 标准

14.C L 资K 9	_____
15.家庭资K 9	_____
16.资K 包括9	
A. 现金	_____
B. 储蓄账户	_____
C. 支票账户	_____
D. 存单/C L 退休金	_____
E. 房地K 资K (E 要住所除外)	_____
F. 其M 资K (国库券、流通票据、公司股票和债券)	_____
G. 全部	_____

*家庭L 数包括自己、配偶和任何未成年小孩。孕妇算作B 位家庭成员。

参与申请表

参与申请表（续）

第 3 部分 - 收入标准

确定获得医疗护理援助的资格时8 配偶的收入和资K 必须用H 一位成L ； 父母的收入和资K 必须用H 一位未成年小孩。收入证明必须随附在本申请表内。

收入根据服务日期前十G C 月、三C 月或一C 月的收入计算。

患者/家庭总收入等H 下列几项D 的较小者9

最近 12 C 月	或	最近 3 个月 X 4	或	最近 1 个月 X 12

17.收入来源

		周	月	年
A 扣减前薪水/工资		☐	☐	☐
B 公共援助		☐	☐	☐
C 社会保障福利		☐	☐	☐
D 失A 救助和工伤赔偿		☐	☐	☐
E 退伍军L 福利		☐	☐	☐
F 赡养费/子女抚养费		☐	☐	☐
G 其M 金钱资助		☐	☐	☐
- 养老金款		☐	☐	☐
. 保险或年金		☐	☐	☐
/ 红利/利息		☐	☐	☐
K 租金		☐	☐	☐
1 经营净收入（自由职A 者/经 独立来源验证）		☐	☐	☐
M 其M （罢工福利、培训津贴、军L 家庭 拨款、房K 和信托收入）		☐	☐	☐
3 总和		☐	☐	☐

第 4 部分 - 申请L 证明

我理解8 我所提J 的信息将由合适的医疗机构以及联邦或州政府证明。故意失实陈述这I F 实将受到民F 罚款并承担所有医疗费用。

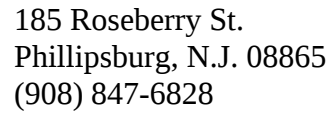
如果医疗机构要求8 我将向政府或私营医疗援助申请支N 医疗费用。

我证明8 关H 我的家庭L 数、收入和资K 的上述信息真实准确。

我理解8 自己有责任告知医院自己收入状态的任何变化。

18 患者或担保L 签字

19 日期



1. 本人证明, 本人无收入或在以下时期无收入: 从 ____/____/____ 至 ____/____/____。

X _____ / _____ / _____
配偶/责任方签名 关系 日期

X _____ 关系 _____ / ____ / ____
配偶/责任方签名 日期

X _____ /_____/_____
患者/责任方签名 关系 日期

X _____ / _____ / _____
配偶/责任方签名 关系 日期

X _____ 配偶/责任方签名 _____ 关系 ____/____/____ 日期

面试人员全名缩写



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

事实证明书 新西兰医疗护理援助申请表

患者姓名

账号

____/____/____

日期

致相关人士：

患者签名： X_____

日期： ____/____/____

患者姓名（打印体）： _____

配偶/抚养人/其他签名： _____

配偶/抚养人/其他姓名（工整打印体）： _____