

진료비 면제 신청서

환자 이름(성, 이름, 중간 이름)	사회 보장 번호	생년월일
거리 주소	시	주
집 전화 번호	휴대폰 번호	
고용주 이름 및 주소	직장 전화 번호 ()	

아래에 기타 수입 포함		가구 총 소득		
복지 \$	실업/장애 \$	지난 달/4주 x 13 \$	지난 3개월 \$	지난 12개월 \$
사회 보장 \$	근로자 보상 \$	연간 총 수입 \$	가족 규모 직계 가족 이름과 생년월일 포함	
연금 \$	위자료/자녀 양육비 \$			
임대 소득 \$	기타 소득 포함 \$			

모든 자산 포함			
저축 계좌 \$	당좌 예금 계좌 \$	연금/장학금/보조금 \$	선불 자동 이체 직불 카드 \$
개인 은퇴 계좌(Individual Retirement Account, IRA) 또는 퇴직 계좌 \$	주식/채권/정기 예금 (Certificates of Deposit, CD) \$	기타 자산 \$	총 자산 \$
Medicaid 자격이 없는 경우		_____ 고소득	_____ 부적격 외국인
		_____ 장애 없음	_____ Medicaid 미준수

미국 및/또는 다른 국가에 있는 부동산의 가치(거주 중인 1가구 1주택이 아닌 경우) \$ _____

건강 보험 사업자 이름	정책 번호	그룹 번호
보험 주소	시	주
		우편 번호

보험에서 지불한 청구서 금액	보험에서 지급되지 않는 금액	서비스 날짜
-----------------	-----------------	--------

본인은 위의 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 증명합니다. 또한, 본인은 모든 지원(Medicaid, Medicare, 보험 등)을 신청하겠습니다. 병원 비용 지불에 사용할 수 있는 지원이 있다면, 저는 그러한 지원을 받기 위해 합리적으로 필요한 모든 조치를 취할 것이며, 병원비로 환수된 금액을 **Hackensack Meridian Health** 병원에 양도하거나 지불하겠습니다. 저는 Medicaid 자격 결정 증명서를 병원에 제출하는 것이 제 의무를 이해합니다. 이 신청서는 병원이 주 보건부(State Department of Health)의 무보상 진료 프로그램(Uncompensated Care Program)에 따라 제가 무보상 진료를 받을 자격이 있는지 판단할 수 있도록 하기 위해 제출하는 것임을 이해합니다. 병원에 보관된 기준에 따라, 제가 제공한 정보가 사실과 다를 경우 병원이 저의 재정 상태를 재평가하고 적절한 조치를 취할 수 있음을 이해합니다.

X _____ 날짜 _____

신청자 서명

DO 이 아래로는 작성하지 마십시오(사무실용)

적격성 결정			
---------------	--	--	--

신청서 접수 날짜	소득 확인 예 아니요	신청 승인 - 보류 중인 Medicaid	보류 중인 소득 확인 - 보류 중인 자산
-----------	-------------------	------------------------------	------------------------------

신청 거부됨: _____ 이유: _____

적격성 비율 _____% 결정자 서명 _____ 날짜: _____

참고: 신청이 거부된 경우 향후 서비스를 다시 신청할 수 있습니다.

환자 이름: _____

계좌 번호#: _____

인증

A. 본인은 이 서비스 비용을 충당할 수 있는 의료 보험이 없음을 확인합니다.

B. 결혼 여부에 동그라미하십시오. 미혼, 기혼, 이혼, 사별 미망인 미성년 자녀가 _ 명 있습니다.

_ C. 본인은 결혼 및 별거 중이며 _____ 이후 배우자와 어떠한 유형의 재정적 관계도
없음을 증명합니다. 서명: _____

_ D. 본인은 전 배우자로부터 자녀 양육비/위자료를 받지 않음을 증명합니다.

서명: _____

_ E. 본인은 다음 날짜 이후 소득이 없음을 증명합니다.: ____ / ____ / ____

_ F. 서비스 당시 저는 다음에서 근무하고 있었습니다. _____

고용 날짜: __/__/__ 내 총 수입은 주당/격주당/월별/연 \$ _____ 이었습니다.

본인은 _____ 에서 주당/격주당/월별/연 \$ _____ 를 받았습니다.

_ G. 본인은 다음 연도에 소득세를 신고했음을/신고하지 않았음을 증명합니다 _____. 아닌 경우, 제출하지 않은
이유를 명시해 주십시오.

_ H. 본인은 자산 유형이 없음을 증명합니다.

서명: _____ 환자와의 관계: _____

I. 본인은 (주소)에 거주함을 증명합니다. _____

본인은 혼자 살거나 _____과(와) 함께 살고 있습니다.

J. 본인은 _____부터 뉴저지(New Jersey) 주에 거주해 왔음을 증명합니다. 다른 주나 카운티에
거주하지 않으며 뉴저지에서 계속 거주할 의향이 있습니다.

K. 본인은 홈리스임을 증명하며 다음 날짜부터 홈리스였습니다. I I
본인은 로컬 쉼터에서 때때로 지냅니다/지내지 않습니다.

쉼터 이름/주소: _____

본인은 신원이 있습니다/없습니다.

서명: _____

L. 본인은 자선 (Charity Care) 의료 서비스를 신청하기 위해 이 진술서를 작성합니다.

본인은 제출한 정보가 Hackensack Meridian Health 및 연방 또는 주 정부의 확인을 받는다는 것을 이해합니다.
**이러한 사실에 대한 고의적인 허위 진술은 본 자선 케어 신청서를 무효화하며 뉴저지 주법 주석집(New Jersey
Statutes Annotated, N.J.S.A.) 26:2H-18.63.에 따라 모든 비용 및 민사 처벌에 대한
책임을 져야 합니다.**

Hackensack Meridian Health의 요청이 있는 경우, 본인은 지원 자격이 있는 경우 병원비 지불을 위해 정부 또는
기타 의료 지원을 신청할 것입니다.

본인은 소득, 가족 규모 및 자산에 관한 정보가 본인이 알고 있는 한 진실하고 정확함을 인증합니다.

서명: _____

날짜: _____

환자/배우자/부모/보호자

증인: _____

날짜: _____