

Cooper University Health Care
 뉴저지 Hospital Care Assistance Program

본 신청서에 신분 증명서, 소득 증명서 및 자산 증명서를 첨부하십시오.

환자명: _____	사회보장번호 _____ - _____ - _____
생년월일: _____	의료서비스 신청일/D.O.S _____
주소: _____	보증인명 _____
_____	미국 시민권 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 수속중
전화번호 _____	NJ 거주 증명서 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
가족 규모 _____	메디케이드 자격 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
성명 및 연령 _____	

소득 종류		자산 종류	
급여/임금 (총액)	월 \$ _____	개인 자산	\$ _____
공공 지원	월 \$ _____	가족 자산	\$ _____
사회보장 혜택	월 \$ _____	현금	\$ _____
실업수당 등	월 \$ _____	적금	\$ _____
재향 군인 혜택	월 \$ _____	저금	\$ _____
이혼 수당/자녀 지원	월 \$ _____	예금증서/I.R.A.	\$ _____
기타 금전 지원	월 \$ _____	부동산	\$ _____
		(주거주지 외)	
연금	월 \$ _____	기타 자산	\$ _____
		(공채, 어음, 주식/채권)	
보험/연금 지급	월 \$ _____	총 가구 소득	\$ _____
배당금/이자	월 \$ _____	총 자산	\$ _____
월세 소득	월 \$ _____		
순사업소득 (자영업/ 제삼자 기관에서 확인)	월 \$ _____		
기타 (파업, 혜택, 교육비, 군대가족급여, 신탁 및 자산 소득)	월 \$ _____		

본인이 제공하는 정보는 적절한 의료 기관 및 연방정부 또는 주정부에서 확인할 수 있음을 알고 있습니다. 잘못된 정보를 고의로 제공하는 경우 모든 병원비를 부담하게 되며 민사상 책임을 질 수 있습니다. 의료기관에서 요청하는 경우 정부 또는 사설 기관에 병원비 관련 의료 지원을 신청할 것입니다. 본인의 가족 규모, 소득 및 자산 관련 정보는 정확한 정보임을 보증합니다. 본인은 본인의 소득 또는 자산 관련 변경 사항에 대해서 병원에 통보할 책임이 있습니다.

신청일 _____	서명 _____
	(환자/보증인)

사무용: 인가 등급 100% 80% 60% 40% 20% 30% 규정

발급일: _____	만료일: _____
재정 상담사: _____	환자 MPI: _____

계정번호

(병원 직원의 서명)

2011 년 2 월 검토

환자의 주요 보증 사항

환자명: _____

계정번호: _____

서비스일: _____

서명하십시오.

____ 본인과/또는 본인의 배우자는 ____/____/____부터 ____/____/____까지 소득이 없었음을 보증합니다.

____ 본인과/또는 본인의 배우자는 무료 치료 신청서상에 공개한 것과 같이 자산이 없음을 보증합니다.

____ 본인과/또는 본인의 배우자는 본인이 거주장소가 없으며 ____/____/____부터 거주장소가 없었음을 보증합니다.

____ 본인은 병원에 입원할 당시에 의료보험이 없었음을 보증합니다.

____ 본인은 본인의 성명이 _____임을 보증합니다. _____으로 인해서 신분을 증명할 수 없습니다. (이유 설명)

____ 본인과/또는 본인의 배우자는 본인/부부가 소득이 없음을 증명합니다. 부부의 총/현금 소득은 \$_____이며 _____격으로 지급을 받습니다. 빈도

____ 본인과/또는 본인의 배우자는 의료 서비스를 받은 날 기준으로 자산이 \$_____임을 보증합니다.

____ 본인과/또는 본인의 배우자는 뉴저지의 주민이며 뉴저지에 계속 거주할 계획임을 보증합니다.

____ 본인은 본 신청서와 관련된 의료 서비스 비용의 전부 또는 일부와 관련하여 제삼자에 대한 청구 (무과실 청구, 산재보상, 주택소유자 보험, 자동차 보험 혜택, 불법행위청구 등)를 신청했거나 신청할 계획이 없습니다. 상기와 같은 청구를 할 경우 Cooper University Hospital 측에서 무료 의료 서비스 결정을 번복하고 본인에게 병원비 전부를 청구할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 청구할 경우 Cooper University Hospital 측에 통보할 것에 동의합니다.

환자 서명

환자 성명 인쇄체로 기재

날짜

지원 인정/요청

환자명: _____

계정번호: _____

의료 서비스 제공일: _____

본인의 성명은 _____입니다. 본인은 상기 환자를 위해서 다음과 같은 종류의 지원을 해주고 있음을 증명합니다. 본인은 해당인이 상기 기재된 환자임을 인정합니다.

본인은 상기 환자의 병원비 또는 의료비를 지불할 의무나 능력이 없습니다.

____/____/____부터 ____/____/____까지

네 아니오

음식:

주거지:

현금: \$ _____

금액

빈도

본인은 현재 다음 주소에 거주하고 있습니다: _____

관련인 귀하:

임대인/부양인 서명

전화번호

성명 인쇄체로 기재

날짜

환자 서명

날짜

별거 보증

환자명: _____

계정번호: _____

의료 서비스 제공일: _____

서명하십시오.

____ 상기 환자인 본인은 본인의 배우자와 _____ 부터 별거증임을 보증합니다.

(년/월)

____ 본인은 본인의 배우자와 거주하지 않음을 보증합니다.

____ 본인은 본인의 배우자와 공동 명의로 은행 계좌를 소유하고 있지 않으며 공동으로 부동산을 임대하거나 소유하고 있지 않습니다.

(증거 제시)

____ 본인은 본인의 배우자와 본인이 공동 세금보고*를 _____ 부터 하지 않았음을 보증합니다.

(년도)

****의료 서비스 제공 이전에 제출한 세금 보고서의 사본 첨부.****

____ 본인은 본인의 배우자로부터 소득, 양육비, 기타 재정 지원을 받지 못했음을 보증합니다.

* 본인은 _____

(간단하게 설명)

을 이유로 세금보고서를 제출하지 않았습니다.

환자 서명

환자 성명 인쇄체로 기재

날짜

알아야 할 권리

환자명: _____

계정번호: _____

의료 서비스 제공일: _____

본인은 _____ 이며 환자의 _____ 입니다.

(서명인)

(환자와의 관계)

본인은 상기 환자를 위해서 본 New Jersey Hospital Care Payment Assistant Program 신청서를 작성하며, 상기 환자는 다음과 같은 이유로 본 신청서를 작성할 수 없습니다.

(간략하게 설명)

서명

전화번호

인쇄체로 성명 기재

날짜

기록 및 정보 사용 허가서

성명: _____ 생년월일 _____

주소: _____

사회보장번호: _____

본인은 귀하에게 A.R.M.D.S./Cooper Health System 측에 본인의 연령, 주거지, 시민권, 고용, 소득, 자산 및/또는 은행계좌 명세서 등과 관련된 정보를 제공할 수 있도록 허가합니다.

해당 정보는 사회보장 프로그램, 메디케이드 및 뉴저지 Hospital Care Assistance Program 자격여부 결정과 직접적으로 관련된 목적을 위해서 사용될 것입니다.

본인은 자발적으로 모든 상황을 이해한 상태에서 정보의 사용을 승인합니다.

서명: _____ 날짜: _____

본 문서에 수록된 정보는 상기인의 사용만을 목적으로 제공된 사적인 정보입니다. 만약 본 문서를 읽는 사람이 의도된 수신인이 아닌 경우 본 문서의 유포, 배급 또는 복사는 엄격하게 금지되어 있음을 알립니다. 본 문서를 오류로 수신받은 경우 즉시 전화로 당원에 연락해서 원본 메시지를 상기 주소로 우편으로 보내주시시오.

감사합니다.