

Cooper University Health Care
Đơn Xin Thanh Lọc Theo Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính

Bảng chứng nhận dạng, Bảng Chứng Lợi Tức, và Bảng Chứng về các Tài Sản phải đính kèm cùng với Đơn Xin này.

Tên Bệnh Nhân: _____	Số An Sinh Xã Hội _____ - _____ - _____
Ngày Sinh: _____	Ngày Dịch Vụ /D.O.S. Theo yêu cầu -----
Địa Chỉ Nhà: _____	Tên của Người Bảo Đảm-----
_____	Công Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Còn Chờ Làm Đơn Xin
Điện Thoại: _____	Bảng Chứng Cư Trú Tại NJ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Số Người Trong Gia Đình _____	Hội Đủ Điều Kiện cho Medicaid <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên và Tuổi _____	_____

Các Nguồn Thu Nhập

Lương/Tiền Công (gộp)	\$_____ Tháng
Trợ Giúp Công Cộng	\$_____ Tháng
Các Quyền Lợi An Sinh Xã Hội	\$_____ Tháng
Tiền Thất Nghiệp & Đền Bù Tai Nạn Nghề Nghiệp	\$_____ Tháng
Trợ Cấp Cựu Quân Nhân	\$_____ Tháng
Trợ Cấp/Nuôi Con	\$_____ Tháng
Hỗ Trợ Khác về Tiền Bạc	\$_____ Tháng
Hưu Trí	\$_____ Tháng
Tiền Trả cho Bảo Hiểm/Niên Kim	\$_____ Tháng
Cổ Tức/Tiền Lãi	\$_____ Tháng
Thu Nhập do Cho Thuê	\$_____ Tháng
Thu Nhập Ròng do Doanh Nghiệp (tự làm chủ/Được xác nhận qua nguồn độc lập)	\$_____ Tháng

Khác (đình công, quyền lợi, lương đào tạo, \$_____Tháng
 Khoản Cấp Phát cho gia đình quân nhân, lợi tức đến từ địa ốc và quỹ tín thác)

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi đã nộp, phải chịu sự xác nhận của cơ sở chăm sóc y tế thích hợp và Chính quyền của Liên bang hoặc tiểu bang. Việc cố tình trình bày sai lệch các dữ kiện này sẽ khiến cho tôi phải chịu trách nhiệm về mọi phí tổn bệnh viện và chịu các hình phạt dân sự. Nếu được yêu cầu bởi cơ sở y tế, tôi sẽ làm đơn xin chính phủ giúp đỡ hoặc sự trợ giúp y tế tư nhân để trả cho các hoá đơn bệnh viện. Tôi xác nhận rằng thông tin nêu trên về số người trong gia đình của tôi, lợi tức, các tài sản là đúng sự thực và chính xác. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm báo cho bệnh viện biết bất cứ thay đổi nào về tình trạng lợi tức hoặc tài sản của tôi.

Ngày làm Đơn _____ Chữ ký: _____
 (Bệnh Nhân/Người Bảo Đảm)

CHỈ CHO VĂN PHÒNG DÙNG: Xếp Hạng Về Chấp Thuận 100% 80% 60% 40% 20% 30% quy tắc

Ngày Cấp: _____ Ngày Hết Hạn: _____

Cố Vấn Tài Chính _____ Bệnh Nhân MPI: _____
 (Chữ Ký của Đại Diện Bệnh Viện) Số Tài Khoản

Xác Nhận Chính Của Bệnh Nhân

Tên Bệnh Nhân: _____

Số Tài Khoản: _____

Ngày Dịch Vụ: _____

Xin Ký Tắt

_____ Tôi và/hoặc người phối ngẫu của tôi xác nhận rằng tôi/chúng tôi không có thu nhập và đã từng không có thu nhập kể từ ___/___/___ cho tới ___/___/___

_____ Tôi và/hoặc người phối ngẫu của tôi xác nhận rằng tôi không có tài sản như đã nêu trong đơn xin được chăm sóc từ thiện.

_____ Tôi và/hoặc người phối ngẫu của tôi xác nhận rằng tôi trong tình trạng vô gia cư và đã bị tình trạng này kể từ từ ___/___/___

_____ Tôi xác nhận rằng là tôi không có Bảo Hiểm Y Tế vào lúc tôi nhận vào Bệnh Viện.

_____ Tôi xác nhận rằng tên tôi là _____. Tôi không thể cung cấp bằng chứng nhận dạng

bởi vì: _____
(Nếu Lý Do)

_____ Tôi và/hoặc người phối ngẫu của tôi xác nhận rằng tôi/chúng tôi có lợi tức. Lợi tức gộp/tiền mặt cu/a chúng tôi là \$ _____ và chúng tôi được trả lương trên căn bản _____

Số lần

_____ Tôi và/hoặc người phối ngẫu của tôi xác nhận rằng tôi có tài sản kể từ ngày dịch vụ nêu trên số tiền là \$ _____.

_____ Tôi và/hoặc người phối ngẫu của tôi xác nhận rằng tôi là cư dân của New Jersey và có ý định vẫn giữ New Jersey là nơi cư trú của tôi.

_____ Tôi xác nhận rằng tôi đã không thực hiện và tôi không có ý định thực hiện một yêu sách đối với bất cứ nhóm thứ ba nào mà tôi có thể yêu cầu trả tiền, toàn phần hoặc một phần, cho các dịch vụ y tế mà đơn xin này có liên quan (bao gồm, mà không giới hạn tới, các yêu sách về không lỗi, đền bù cho tai nạn nghề nghiệp, các sở hữu chủ căn nhà, quyền lợi bảo hiểm cho người lái xe bảo hiểm không đủ hoặc không có bảo hiểm và các yêu sách đòi bồi thường do phạm lỗi). Tôi hiểu và đồng ý rằng, nếu bất cứ yêu sách nào được thực hiện, Cooper University Hospital có thể rút lại sự chăm sóc từ thiện và đòi tôi phải trả lại tất cả các phí tổn. Tôi cũng đồng ý thông báo cho Cooper University Hospital biết khi nào yêu sách được nộp lên.

Chữ ký bệnh nhân

Tên viết chữ in

Ngày

Công Nhận/Phát Biểu về Hỗ Trợ:

Tên Bệnh Nhân: _____

Số Tài Khoản: _____

Ngày Dịch Vụ: _____

Tên tôi là _____. Tôi xác nhận là tôi hiện đang cung cấp loại hỗ trợ và trợ giúp sau đây cho người có tên nêu trên. Tôi nhận ra người bệnh nhân có tên nêu trên.

Tôi không chịu trách nhiệm, cũng không thể trả tiền cho bất cứ các phí tổn bệnh viện hoặc v khoa nào cho người này.

Từ: ___/___/___ tới: ___/___/___

	Có	Không		
Thực phẩm:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Người trú ngụ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tiền mặt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____
			Số tiền	Số lần

Tôi hiện đang cư ngụ tại địa chỉ sau đây: _____

Gửi Cho Người Có Thể Có Sự Quan Tâm:

Chữ Ký Của Chủ Nhà/Người Hỗ Trợ

Điện thoại

Tên Viết Chữ In

Ngày

Chữ Ký Bệnh Nhân

Ngày

Xác Nhận Về Sự Chia Cách

Tên Bệnh Nhân: _____

Số Tài Khoản: _____

Ngày Dịch Vụ: _____

Xin Ký Tắt

_____ Tôi, người có tên nêu trên, xác nhận rằng tôi đã chia cách với người phối ngẫu của tôi kể từ _____
(Tháng!Năm)

_____ Tôi xác nhận rằng tôi không sống với người phối ngẫu của tôi nữa.

_____ Tôi xác nhận rằng tôi không có các tài khoản chung nào hoặc các tài sản nào khác với người phối ngẫu của tôi, và chúng tôi không thuê hoặc sở hữu bất cứ tài sản địa ốc nào với nhau. **(Trình Ra Bằng Chứng)**

_____ Tôi xác nhận rằng người phối ngẫu của tôi và tôi đã không khai thuế lợi tức chung* kể từ _____.
(Năm)

****Đính kèm bản sao bản khai thuế lợi tức vừa qua đã nộp ngày dịch vụ.****

_____ Tôi xác nhận rằng tôi không có lợi tức, không có tiền cấp dưỡng nuôi con, hoặc bất cứ sự hỗ trợ về tài chính nào khác từ người phối ngẫu của tôi.

*Tôi đã không khai thuế cho năm _____ bởi vì _____
(Năm) (Giải Thích Ngắn Gọn)

Chữ ký bệnh nhân

Tên viết chữ in

Ngày

Lý Do Cần Biết

Tên Bệnh Nhân: _____

Số Tài Khoản: _____

Ngày Dịch Vụ: _____

Tôi _____ là _____ của bệnh nhân.
(Tên Người Ký) (Quan Hệ với Bệnh Nhân)

Tôi hiện đang làm đơn xin vào Chương Trình Trợ Giúp Trả cho Việc Chăm Sóc Ở Bệnh Viện của New Jersey thay mặt cho người có tên nêu trên, là người không thể điền đơn được bởi vì:

(Giải Thích Ngắn Gọn)

Chữ ký

Điện thoại

Tên Viết Chữ In

Ngày

CHO PHÉP TIẾT LỘ
VỀ
HỒ SƠ VÀ THÔNG TIN

Tên: _____ NGÀY SINH _____

Địa chỉ: _____

An Sinh Xã Hội: _____

Tôi _____, cho phép quý vị được tiết lộ cho A.R.M.D.SJCooper Health System, bất cứ thông tin nào có liên quan tới tuổi của tôi, nơi cư ngụ, quyền công dân, công việc làm, lợi tức, tài sản và/hoặc các tờ khai về tài khoản ngân hàng.

Tôi hiểu rằng thông tin nhận được chỉ nhằm các mục đích có liên quan trực tiếp tới khả năng hội đủ điều kiện cho các Chương Trình An Sinh Xã Hội, Medicaid, và Chương Trình Chăm Sóc tại Bệnh Viện của Tiểu Bang New Jersey

Bản cho phép tiết lộ này được thực hiện một cách tự nguyện và với sự hiểu biết đầy đủ của tôi.

Chữ ký: _____ Ngày _____

Thông tin trên mẫu đơn này là thông tin đặc quyền và bảo mật chỉ dành cho cá nhân và đoàn thể có tên nêu trên sử dụng. Nếu người đọc tin nhắn này không phải là người nhận, quý vị được báo cho biết là bất cứ một sự phổ biến, phân phối hoặc sao chép nào về việc truyền đạt đều bị tuyệt đối nghiêm cấm. Nếu quý vị nhận được sự truyền đạt này một cách nhầm lẫn, xin báo ngay cho chúng tôi biết qua điện thoại và gửi lại tin nhắn bản chính cho chúng tôi tại địa chỉ nêu trên qua Dịch Vụ Bưu Điện Hoa Kỳ.

Cám Ơn Quý Vị.