

Atlantic Health System

MORRISTOWN MEDICAL CENTER
100 Madison Avenue Interoffice Box 111
Morristown NJ 07960

OVERLOOK MEDICAL CENTER
99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237
Summit, NJ 07902

NEWTON MEDICAL CENTER
175 High Street
Newton, NJ 07860

CHILTON MEDICAL CENTER
97 W. Parkway ATTN: Financial Counseling
Pompton Plains, NJ 07444

HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER
651 Willow Grove Street
Hackettstown, NJ 07840

記入した資金援助申請書と宣誓にあわせて要求されたすべての書類を提出する責任はあなたにあります。患者さんと配偶者の両者が宣誓ページに記入する必要があります。

下記に記載された以外の書類が要請され、申請の処理に必要とされる場合がありますのでご注意ください。あなたの年齢が 18 歳以上 22 歳未満で、フルタイムで就学されている場合は、ご両親または法定の保護者や姉妹兄弟に加えてあなた自身の身分証明も提供していただく必要があります。また、ご両親または法定の保護者の所得と資産証明も提供していただく必要があります。

- 患者さん、配偶者および未成年の扶養家族を含む各家族メンバーにつき 1 つの身分証明が必要です。受容可能な身分証明の形式は次の通りです：米国の運転免許証、パスポート、社会保障カード、出生証明書、外国人登録証または従業員身分証明書。
- _____ 現在時点での住所証明 (サービス提供日/申請日)。サービス提供日/申請日のすぐ前の受容可能な住所証明の形式は次の通りです：賃貸や公共料金の請求書。患者さんの氏名と住所が記載された郵便物でも受け入れ可能ですが、消印がサービス提供日/申請日の 2 ヶ月前以内でなければなりません。サービス提供日以降の日付のものは受け入れられません。私書箱を宛先とする住所は受け入れられません。
- 患者さんと配偶者の両者の、サービス提供日/申請日からすぐ前の 1 ヶ月分、3 ヶ月分または 1 年分の総所得を示す書類。書類には以下が含まれます：
 - 雇用者により発行された給与明細 (_____ のすぐ前にあたる連続した 4 週間分)
 - 失業手当に関する情報 (_____ のすぐ前にあたる連続した 4 週間分)
 - 社会保障給付金の給付決定通知の手紙、または年金、障がい者手当、養育手当、扶養料、年間配当金などが記載されたその他の給付金の明細
 - 雇用年数、給与支払い頻度、給与総額が記載された、雇用者からのレターヘッド付きの紙に印刷された手紙。(およその額ではなく、正確な額が記載されていなければならず、給与額には「総」の字が入っていないければなりません)
 - 患者さんおよび/または配偶者が自営業の場合は、会計士による修正後総所得の記載。納税者 ID が記載されており、その文書の作成者の署名が記されていること。サービス提供日/申請日のちょうど 1 ヶ月、3 ヶ月、または 1 年前であること。以下が必要とされる正確な日付です： ____/____/____ から ____/____/____ まで。
 - 患者さんと配偶者に所得がない場合は、宿泊と食事を提供している人物からの申請者を支持する陳述。
- 患者さんと配偶者の両者の直近の銀行明細書 (当座預金口座および貯蓄口座) で、(サービス提供日/申請日の直前) _____ 時点のもの。また、すべての退職基金、信託基金、預金証書 (CD)、主な住居ではない住居の資産価値、株式、債券、個人積立退職年金 (IRA) およびその他の流動資産の残高証明が必要です。
- 全項目と W2 を含む直前に提出された税申告書。

Atlantic Health System

<input type="checkbox"/> MORRISTOWN MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/> OVERLOOK MDICAL CENTER
<input type="checkbox"/> NEWTON MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/> CHILTON MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/> HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

資金援助申請書

患者氏名	社会保障番号	生年月日
住所 1 行目	市町村	州 郵便番号
雇用主	自宅電話番号	給与総額

その他の所得

世帯総収入 (サービス提供日の時点)

生活保護手当 \$	失業手当 \$	過去 12 ヶ月	過去 3 ヶ月	年額に換算
社会保障 \$	就労/賃金 \$	家族のサイズ	氏名と生年月日	
退役軍人年金 \$	扶養料 \$			
家賃 \$	その他 \$			

流動資産

貯蓄口座	当座預金口座	預金証書 (CD)	財務省短期証券 (T-BILLS)
個人積立退職年 (IRA)	流通証券/企業株式	その他	総流動資産

メディケイドに不適格な分類 高所得者
 非障がい者
 不適格な外国人

不動産評価額

\$

健康保険会社名

契約番号

住所 1 行目	市町村	州	郵便番号
保健によって支払われた請求書の額	保健によって支払われなかった額	サービスの日付	

私は、自分の知る限り上記の情報に間違いがなく正確であることを証明します。 さらに私は、自分の病院の治療費に対し利用可能な可能性がある援助 (メディケイド、メディケア、保険など) の申請を行います。 また、私はそのような援助を受けるために適度に必要行動を取り、病院の治療費に対して回収された額を病院に託す、または支払います。 私は、病院にメディケイドの受給資格の証明を提供する義務が自分にあることを理解しています。

私は、この申請が、保健省非補償型医療プログラムのもとで無償のサービスを受ける資格が私にあるかどうかを病院が判断するためになされたことを理解しています。 病院の記録にある確立された基準に基づいています。 自分が提供した情報が間違っていることが証明された場合、私は、病院が自分の財務状態を再評価し、何らかの適切な措置を講じることを理解しています。

要請日

申請者の署名

この線の下欄には記入しないでください (組織内担当者記入欄)

適格性の判断

申請書が受領された日付	収入の確認済み <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 申請承認済み <input type="checkbox"/> 収入の確認待ち <input type="checkbox"/> メディケイド受給資格の審査待ち
<input type="checkbox"/> 申請却下		

理由:

Atlantic Health System

受給資格の割合 _____ %	決定者の署名 _____ 日付 _____
申請が却下された場合は、将来のサービスに対し再申請できることにご注意ください	

Atlantic Health System

___ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
___ OVERLOOK MEDICAL CENTER
___ NEWTON MEDICAL CENTER
___ CHILTON MEDICAL CENTER
___ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

患者さん記入欄

宣誓

___ A. 私には _____ 人の未成年の子どもがいます。

___ B. 私は、単身、既婚、離婚、死別、別居しているか、配偶者と何らの金銭関係もない。

___ C. 元配偶者/他者から子どもの支援/扶養費を受けていない。

署名： _____

___ D. 私は次の期間に所得がなかったことを確認します。 ___/___/___ から ___/___/___ まで。

署名： _____

___ E. サービスを受ける時点で私は ___ 無職だった、あるいは ___ 以下に雇用されていた：

採用日： ___/___/___ 私は毎週、2週間毎、毎月、毎年 \$ _____ を受け取っていた。

_____ から毎週、2週間毎、毎月、毎年 \$ _____ の収入があった。

___ F. 私はいかなる資産も所有していないことを確認します。

署名： _____

___ G. 私は現在ホームレスであり、 ___/___/___ 以来ホームレスであったことを証言します。私は地元のホームレス施設に滞在することがときどきあります/ありません。

私は身分証明書を持っています/持っていません。

ホームレス施設の名称/所在地： _____

署名： _____

___ H. 私は _____ のため、 _____ 年の所得税申告を提出していないことをここに確認します。

___ I. 私は無保険であったことを確認します。

署名： _____

___ J. 私の住所は次の通りです。 _____

一人暮らしです / 以下の人と一緒に住んでいます

___ K. 私は _____ 以来ニュージャージー州に居住してきました。私は他の州や国に居住しておらず、今後もずっとニュージャージー州に居住するつもりです。

署名： _____

___ L. 私はニュージャージー州の居住者ではありません。私は緊急事態のもと、この病院に入院しました。

署名： _____

___ M. 私はチャリティケアに申請するためにこの宣誓供述書を提出しています。

Atlantic Health System

私は、提出した情報が Atlantic Health System および連邦または州政府により検証される可能性があることを理解しています。これらの事実の故意の虚偽表示は、第三者の保険会社により補償されない費用に対し病院が償還を受ける権利を否定することにつながります。Atlantic Health System から要請があった場合、私は、援助の受給資格がある場合は病院からの請求金額の支払いに対し政府またはその他の医療援助の申請を行います。私の知る限り、私の所得、家族構成および資産に関する情報に間違いがなく正確であることを証明します。

署名： _____

日付： _____

立会人： _____

日付： _____

既婚者の場合は配偶者が記入すること

_____ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
_____ OVERLOOK MEDICAL CENTER
_____ NEWTON MEDICAL CENTER
_____ CHILTON MEDICAL CENTER
_____ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

宣誓

___ A. 私には _____ 人の未成年の子どもがいます。

___ B. 私は、単身、既婚、離婚、死別、別居しているか、配偶者と何らの金銭関係もない。

___ C. 元配偶者/他者から子どもの支援/扶養費を受けていない。

署名： _____

___ D. 私は次の期間に所得がなかったことを確認します。 ___/___/___ から ___/___/___ まで。

署名： _____

___ E. サービスを受ける時点で私は ___ 無職だった、あるいは ___ 以下に雇用されていた：

採用日： ___/___/___ 私は毎週、2週間毎、毎月、毎年 \$ _____ を受け取っていた。

_____ から毎週、2週間毎、毎月、毎年 \$ _____ の収入があった。

___ F. 私はいかなる資産も所有していないことを確認します。

署名： _____

___ G. 私は現在ホームレスであり、 ___/___/___ 以来ホームレスであったことを証言します。私は地元のホームレス施設に滞在することがときどきあります/ありません。

私は身分証明書を持っています/持っていません。

ホームレス施設の名称/所在地： _____

署名： _____

___ H. 私は _____ のため、 _____ 年の所得税申告を提出していないことをここに確認します。

___ I. 私は無保険であることを確認します。

署名： _____

___ J. 私の住所は次の通りです。 _____

一人暮らしです / 以下の人と一緒に住んでいます

___ K. 私は _____ 以来ニュージャージー州に居住しています。私は他の州や国に居住しておらず、今後もずっとニュージャージー州に居住するつもりです。

Atlantic Health System

署名 : _____

___ L. 私はニュージャージー州の居住者ではありません。私は緊急事態のもと、この病院に入院しました。

署名 : _____

___ M. 私はチャリティケアに申請するためにこの宣誓供述書を提出しています。

私は、提出した情報が Atlantic Health System および連邦または州政府により検証される可能性があることを理解しています。

これらの事実の故意の虚偽表示は、第三者の保険会社により補償されない費用に対し病院が償還を受ける権利を否定することにつながります。

Atlantic Health System から要請があった場合、私は、援助の受給資格がある場合は病院からの請求金額の支払いに対し政府またはその他の医療援助の申請を行います。

私の知る限り、私の所得、家族構成および資産に関する情報に間違いがなく正確であることを証明します。

署名 : _____

日付: _____

立会人 : _____

日付: _____