

同封のチャリティーケア/財政支援申請書をご覧ください。

退院または外来治療を受けてから 1 年以内であれば財政支援の申請ができます。

チャリティーケアは、無保険、過少保険、または州および連邦政府のプログラムに加入できないニュージャージー州の住民が利用できます。

資格を得るには、収入と資産の両方の適格基準を満たす必要があります。

チャリティーケアは病院の医療を対象としています。このプログラムは、提供するサービスに対して独立して請求する医師またはその他のプロバイダーには適用されません。

- 申込書にご記入、ご署名ください
- 必要なすべての書類のコピーを添付してください。
- すべてのドキュメンテーションは、サービス受領日に基づいています。
- サービスの開始日または最初の日付は\_\_\_\_\_
- 21 歳以下でフルタイムの大学生の場合、親または保護者が申請書に必要事項を記入し、必要な補足文書を提出する必要があります。在学証明書類を提出してください。

申請に必要な申請書または書類についてご質問がある場合は、財務カウンセラー**732-902-7080**までお問い合わせください。カウンセラーは、月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 4 時まで在籍しております。

JERSEY SHORE UNIVERSITY MEDICAL CENTER (JSUMC)  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
1945 STATE ROUTE 33  
NEPTUNE, NJ 07753

SOUTHERN OCEAN MEDICAL CENTER (SOMC)  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
1140 ROUTE 72 WEST  
MANAHAWKIN, NJ 08050

OCEAN MEDICAL CENTER (OMC)  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
425 JACK MARTIN BLVD  
BRICK, NJ 08724

RARITAN BAY MEDICAL CENTER – PERTH AMBOY (RBMC-PA)  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
530 NEW BRUNSWICK AVE  
PERTH AMBOY, NJ 08861

RIVERVIEW MEDICAL CENTER (RMC)  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
1 RIVERVIEW PLAZA  
RED BANK, NJ 07701

RARITAN BAY MEDICAL CENTER – OLD BRIDGE (RBMC-OB)  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
1 HOSPITAL PLAZA  
OLD BRIDGE, NJ 08857

BAYSHORE COMMUNITY HOSPITAL (BCH)  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
727 NORTH BEERS STREET  
HOLMDEL, NJ 07733

チャリティケアの申請処理を補助するため、あなたの状況に該当する以下の書類のコピーを提出してください。以下にリストされている適切な書類が提供されていない、または申請書が不完全な場合、申請を処理できません。必要な書類はすべて、サービス受領日に基づいています。サービス受領日とは、実際にあなたが病院にいた最初の日を意味します。

保険証、表と裏をコピーしてください

患者、配偶者、18歳未満の子供、および21歳未満のフルタイムの大学生の身分証明書。

- 家族のメンバーごとに1つ選択してください：運転免許証、出生証明書、社会保障カード、パスポート

サービス受領日の残高を含む資産報告書

- 当座、預金、デビットカードの口座明細書
- 明細書が印刷されている場合は、金融機関の代表者によるスタンプおよび署名があるもの。
- 報告された収入を超える預金には、説明が必要な場合があります。
- CD(定期預金)、IRA(個人退職積立勘定)、401K、株式または債券に関する現在のドキュメント。

サービス受領日の1か月前の所得証明書

- 給与明細、またはビジネスレターヘッドに記載された雇用主からの総収入の書面による署名付き明細書を含む、収入の証明。
- 自営業の場合、会計士の署名入り損益計算書が必要です。
- 退職年金、養育費、慰謝料、VA給付金、社会保障決定書、家族全員のSSI決定書、失業または州障害(State Disability)の記録またはその他の金銭的寄付を含むがこれらに限定されない不労所得の証明。
- 前年の納税申告書の完全なコピー。提出しなかった場合は、1-800-829-1040に電話をかけて、非提出者のステータス確認を依頼してください。

サービス受領日以前の居住証明

- 所在地住所(町名・番地)を表示する必要があります-私書箱は不可
- 次のいずれかを選択してください：運転免許証、賃貸契約書のコピー、公共料金の請求書、支援書、サービスの日付より前に発行されたあなたの名前と住所が記載された日付入り郵便物

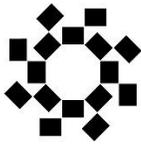
患者の証明：(該当するすべてに署名および日付を記入)。

- 既婚の場合、配偶者の証明：(該当するすべてに署名および日付を記入)。

同封の支援書(Letter of Support)に、あなたをサポートしている(配偶者以外の)同居者からの署名を得てください。

申請書と書類を以下に郵送してください：

**Jersey Shore University Medical Center**  
**Financial Assistance**  
**1945 State Route 33**  
**Neptune, NJ 07753-9986**



ニュージャージー州病院医療支援プログラム

参加申し込み

( ) JSUMC ( ) OMC ( ) RMC ( ) BCH ( ) SOMC ( ) RB-PA ( ) RB-OB

セクション I- 個人情報

患者氏名(姓、名、ミドルネームイニシャル)		社会保障		生年月日	
申請日 はい いいえ	サービス受領日	優先言語		妊娠中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
患者の所在地住所				電話番号/携帯番号 ( ) ( )	
市、州、郵便番号				家族の規模	配偶者の有無
米国民権 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 合法居住者となった年 _____			ニュージャージー州居住証明 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 救急サービス		
保証人の氏名(患者以外の場合)		保険の補償： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 氏名： _____ ポリシー番号： _____			
その他の家族	関係	生年月日	妊娠	保険の補償	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

セクション II- 資産基準

資産に含まれるもの:

- A. 普通預金口座 \_\_\_\_\_
- B. 当座預金口座 \_\_\_\_\_
- C. 定期預金証書/ IRA(個人退職積立勘定) \_\_\_\_\_
- D. 不動産の純資産(一次居住地以外) \_\_\_\_\_
- E. その他の資産、401K、株式および債券 \_\_\_\_\_
- F. 合計 \_\_\_\_\_

\* 家族規模には、自身、配偶者、および未成年の子供が含まれます。妊娠中の女性は、家族メンバー2人とカウントされます。

セクション III- 所得基準

病院での医療支援の適格性を判断する際、成人の患者には配偶者の収入とクレジットを使用する必要があります  
 未成年の子供には親の収入とクレジットを使用する必要があります。所得証明書を申請書に添付してください。収入は  
 サービス受領日以前の12か月、3か月、1か月、または1週間の収入の計算に基づきます。

雇用者名：	総所得 \$
-------	-----------

収入源：		毎週	毎月	毎年
A. 給与/控除前の賃金 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 公的支援 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 社会保障/障害給付 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 失業および労働者補償 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 服役軍人給付 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 慰謝料/養育費 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. その他の金銭的サポート _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 年金の支払い _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. 保険または年金の支払い _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. 配当/利子 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 賃貸収入 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 事業純所得 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. その他(ストライキ給付、トレーニング報酬、 軍人家族の分配、財産、または信託) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の収入源： _____				

#### セクション IV – 申請者による認定

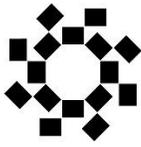
私が提出する情報は、適切な医療施設および連邦政府または州政府による検証の対象となることを理解しています。  
 これらの事実の故意の不実表示がある場合、民事罰の対象となるすべての病院の請求に対して私は責任を負うことになります。

医療施設から要請があった場合、私は病院の請求書の支払いのために政府または民間の医療援助を申請します。

私は、私の家族の身分、収入、資産に関する上記の情報が真実であり、正しいことを保証します。

私は、私の収入または資産に関する状況が変わった場合、病院に伝達する責任があることを理解しています。

<b>患者または保護者の署名</b>	<b>日付</b>
事務使用欄： 自己負担 _____ 保険の補償なし _____ % 保険適用後 _____ % 承認日： _____ 有効： _____ 終了日： _____ 評価者の署名： _____	



## 患者の証明

あなたの状況に当てはまるものはすべて以下に署名してください：

1. 私は \_\_\_\_\_ 現在、\_収入を受け取っていません。  
日付

\_\_\_\_\_  
(患者/責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

2. 私は自分自身または他の当事者を通じて資産(銀行口座、定期預金など)がないことを証明します。

\_\_\_\_\_  
(患者/責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

3. 私はホームレスであり、 \_\_\_\_\_ 以来ホームレスであることを証明します

\_\_\_\_\_  
(患者/責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

4. 私は、自分自身または他の関係者により  
未払いの請求額を支払うための医療保険を持たないことを証明します。

\_\_\_\_\_  
(患者/責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

### 居住証明には、患者/責任者が署名する必要があります

5. 私は、サービスを受けた時点で私がニュージャージー州の居住者である/あったこと、およびニュージャージー州の居住者であり続ける予定であることを証明します。

\_\_\_\_\_  
(患者/責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

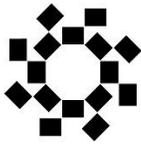
6. 私は、この証明で提供されたすべての情報が事実かつ完全であり、私の知る限りの知識であることを証明します。

\_\_\_\_\_  
(患者 / 責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

\_\_\_\_\_  
面談者



## 配偶者の証明

あなたの状況に当てはまるものはすべて以下に署名してください：

1. 私は \_\_\_\_\_ 現在、\_収入を受け取っていません。  
日付

\_\_\_\_\_  
(配偶者 / 責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

2. 私は自分自身または他の当事者を通じて資産(銀行口座、定期預金など)がないことを証明します。

\_\_\_\_\_  
(配偶者 / 責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

3. 私はホームレスであり、 \_\_\_\_\_ 以来ホームレスであることを証明します

\_\_\_\_\_  
(配偶者 / 責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

4. 私は、自分自身または他の関係者により  
未払いの請求額を支払うための医療保険を持たないことを証明します。

\_\_\_\_\_  
(配偶者 / 責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

居住証明には、患者/責任者が署名する必要があります

5. 私は、サービスを受けた時点で私がニュージャージー州の居住者である/あったこと、およびニュージャージー州の居住者であり続ける予定であることを証明します。

\_\_\_\_\_  
(配偶者/責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

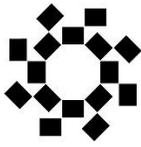
6. 私は、この証明で提供されたすべての情報が事実かつ完全であり、私の知る限りの知識であることを証明します。

\_\_\_\_\_  
(配偶者 / 責任者)

\_\_\_\_\_  
関係

\_\_\_\_\_  
日付

\_\_\_\_\_  
面談者



## 支援書 / 補助

患者：

日付：

生年月日：

サービス開始日：

患者に支援を提供している人が記入します。あなたと同居している配偶者は含まれません。

下記の情報が事実で正しいことを保証します。私は、虚偽の情報を提供したり、要求された完全な情報を提供しなかったりした場合、詐欺の根拠に相当することがあり、Meridian Health は適切な法的措置を講じることができるとを完全に理解しています。また私は、情報が改ざんされている、不完全である、または何らかの形で誤解を招く場合、個人的に責任を負うことを理解しています。

以下の該当するものすべてにチェックを入れてください

- 上記の人物は私と現在同居しており、(日付)：\_\_\_\_\_ 以来同居しています
- 上記の人物は、サービス受領時点でニュージャージー州の居住者であり、他の州または国に居住しておらず、州に留まる予定です。
- 上記の人物は、メディケイドやメディケアを含むいかなる種類の医療保険にも加入していません。
- 上記の人物は現時点で失業中であり、上記サービス日の少なくとも 1 か月前から失業中です。
- 上記の人物は、失業手当や次のような他の種類の手当を受けていません：  
障害者、SSI、福祉など
- 私は上記の人物に、食料と避難所を提供しています。
- 私は上記の人物に、月に\$ \_\_\_\_\_ を現金で提供しています。
- 上記の人物は私と同居していませんが、私は以下の形態で支援を提供しています：  
\_\_\_\_\_

署名

上記の人物との関係

住所： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_