

# 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

귀하께서는 작성하신 지원금 신청서 및 인증서와 함께 요청된 모든 문서를 제출해야 합니다. 환자와 배우자 모두는 각각 인증 페이지를 작성해야 합니다.

신청서를 처리하기 위해 아래에 명시된 문서 이외의 다른 문서를 요청할 수 있음을 주지해 주십시오. 18 세가 넘었지만 22 세 미만이며 정규 학생인 경우에는 본인을 비롯해서 부모나 법적 보호자 및 형제자매의 신분증도 제공하셔야 합니다. 부모나 법적 보호자의 소득 및 자산 정보도 제공하셔야 합니다.

- 환자, 배우자 및 미성년자 부양가족을 포함한 각 가족 구성원에 대해 한 가지 형태의 개인 신분증을 제출하십시오. 사용 가능한 신분증: 미국 운전 면허증, 여권, 사회 보장 카드, 출생 증명서, 외국인 등록 카드 또는 직원 ID.
- \_\_\_\_\_ 현재(서비스신청 날짜) 주소 증명. 허용 가능한 서비스신청 날짜 직전의 주소 증명 양식: 임대 또는 공공 요금 청구서. 환자 이름과 주소가 명시된 우편물도 허용되지만 서비스신청 날짜 이전 2개월 내의 직인이 찍혀 있어야 합니다. 서비스 날짜 이후의 우편물은 허용되지 않습니다. 사서함 주소는 허용되지 않습니다.
- 부모 및 배우자 모두에 대해 서비스신청 날짜 직전 1개월, 3개월 또는 1년에 대한 총소득 증명서. 여기에는 다음의 증명서가 포함됩니다.
  - 고용주가 발생한 급여 명세서(\_\_\_\_\_ 직전 4주 연속)
  - 실업 급여 정보(\_\_\_\_\_ 직전 4주 연속)
  - 사회보장 연금 지급 서신 또는 연금, 장애, 자녀 부양, 부양금, 연금보험 등이 명시된 기타 수혜 명세서
  - 고용주가 회사 서식에 고용 기간, 급여 지급 회수, 총 지급액 등을 명시한 인쇄 서신. (서신에 대략적인 금액이 아닌 정확한 금액이 명시되어야 하며 "gross"(총액)라는 단어가 사용되어야 함)
  - 환자 및 배우자가 자영업자인 경우에는 회계사가 발행한 조정 총소득 명세서. 세무 ID가 포함되어야 하며 문서를 작성한 사람의 서명이 기재되어야 합니다. 서비스 또는 신청 날짜로부터 정확히 1개월, 3개월 또는 1년 전까지의 내용이어야 합니다. 필요한 날짜: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 까지.
  - 환자 및 배우자가 소득이 없는 경우에 주거 공간을 제공하는 자의 지원 확인서.
- \_\_\_\_\_ 현재(서비스신청 날짜) 환자 및 배우자 모두에 대한 최근 은행 명세서(당좌구좌 및 저축구좌). 모든 퇴직 기금, 신탁 기금, 양도성 예금 증서(CD), 주 거주지 이외에 소유하고 있는 주택의 부동산 가치, 주식, 채권, IRA 및 기타 유동 자산 등에 대한 잔고도 필요합니다.
- 모든 세목 및 W2가 포함되어 있는 최근 소득세 신고서.

# Atlantic Health System

- \_\_\_ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
- \_\_\_ OVERLOOK MEDICAL CENTER
- \_\_\_ NEWTON MEDICAL CENTER
- \_\_\_ CHILTON MEDICAL CENTER
- \_\_\_ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

## 재정 지원 신청서

환자 이름		사회 보장 번호		생년월일	
주소		시	주	우편번호	
고용주		집 전화번호		총 지불액	
기타 소득		가족 총 소득(서비스 날짜 현재)			
웰페어 \$	실업급여 \$	지난 12 개월	지난 3 개월	연간	
사회복지연금 \$	종업원 상해보험 \$	가구 규모	이름 및 생년월일		
VA 연금 \$	부양금 \$				
임대료 \$	기타 \$				
유동 자산					
저축구좌	당좌구좌	CD	재무부 증권		
IRA	유통 어음/회사 주식	기타	총 유동 자산		
Medicaid 에 부적절한 범주 ___ 고소득 ___ 장애인 아님 ___ 무자격 외국인					
부동산 가치 \$					
의료 보험사 이름		증권 번호			
주소		시	주	우편번호	
보험사가 지불한 청구 금액		보험사가 지불하지 않은 금액		서비스 날짜	
<p>본인이 알고 있는 한 상기 정보가 진실되고 정확함을 확인합니다. 또한, 병원 비용을 지불하기 위해 사용할 수 있는 모든 지원(Medicaid, Medicare, 보험사 등)을 신청할 것이며, 이러한 지원을 얻기 위해 필요한 모든 적절한 조치를 취할 것이며, 병원 비용에 사용할 수 있도록 지원 받은 금액을 병원에 지정하거나 지불할 것입니다. 본인은 Medicaid 에 대한 결정 증명서를 병원에 제출해야 하는 의무가 있음을 이해합니다.</p> <p>병원이 보건국 무상 진료 프로그램(Uncompensated Care Program)에 따라 무상 서비스에 대한 본인의 자격을 심사할 수 있도록 본 신청서를 제출합니다. 병원에서 시행하고 있는 확립된 기준에 따릅니다. 본인이 제공한 정보 중에서 사실과 다른 것이 있는 경우 병원은 본인의 재정적인 상태를 다시 평가해서 적절한 조치를 취할 수 있습니다.</p>					
_____			_____		
요청 날짜			신청인 서명		
본 라인 아래에는 기재하지 마십시오. (사무실 전용)					

# Atlantic Health System

<b>적합성 결정</b>		
신청 수령일	소득 확인됨 ___예 ___아니요	___신청 승인 ___소득 확인 대기중 ___Medicaid 결정 대기중
___신청 거부		
<b>사유 :</b>		
적합성 비율 _____%	결정 담당자 서명	날짜
신청이 거절되는 경우, 향후 서비스에 대해 재신청할 수 있습니다.		

# Atlantic Health System

환자 작성용

\_\_\_ MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
\_\_\_ OVERLOOK MEDICAL CENTER  
\_\_\_ NEWTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ CHILTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

## 신청서

\_\_\_ A. 본인은 (#) \_\_\_\_\_ 명의 자녀를 가지고 있습니다.

\_\_\_ B. 본인은: 독신, 결혼, 이혼, 미망인, 별거 상태이며 본인의 배우자와 재정적인 관계가 없습니다.

\_\_\_ C. 본인은 이전 배우자/타인으로부터 자녀 지원금/부양금을 받지 않습니다.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ D. 본인은 다음 기간에 대해 소득이 없었습니다: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 부터 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 까지.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ E. 진료를 받는 시점에 본인은 \_\_\_ 무직이었거나 \_\_\_ 직장이 있었습니다. 고용주: \_\_\_\_\_

고용 날짜: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 본인은 \$ \_\_\_\_\_의 급여를 매주, 2 주마다, 매월, 매년 받았습니다.

기타 소득으로는 \_\_\_\_\_ (으)로부터 \$ \_\_\_\_\_를 매주, 2 주마다, 매월, 매년 받았습니다.

\_\_\_ F. 본인은 자산이 없습니다.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ G. 본인은 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 부터 노숙자였습니다. 본인은 가끔 지역 보호소로 들어갑니다/들어가지 않습니다.

본인은 신분증을 가지고 있습니다/가지고 있지 않습니다.

보호소의 이름/주소: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ H. 본인은 \_\_\_\_\_ 년도의 소득세를 신고하지 않았습니다. 이유: \_\_\_\_\_.

\_\_\_ I. 본인은 의료 보험을 가지고 있지 않았습니다.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ J. 본인의 거주지는 \_\_\_\_\_입니다.

독신이거나 \_\_\_\_\_와(과) 동거합니다.

\_\_\_ K. 본인은 \_\_\_\_\_부터 뉴저지 주에 거주하고 있었습니다. 본인은 다른 주 또는 국가에 거주한 적이 없으며 뉴저지에서만 거주하려고 합니다.

서명: \_\_\_\_\_

# Atlantic Health System

\_\_\_ L. 본인은 뉴저지 주에 거주하고 있지 않습니다. 응급 상황에서 병원으로 입원하게 된 것입니다.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ M. 본인은 자선 진료(Charity Care)를 위해 본 진술서를 작성하고 있습니다.

본인이 제출한 정보는 Atlantic Health System 과 연방 또는 주 정부에서 검증할 수 있음을 알고 있습니다.

상기의 사실을 허위로 진술하는 경우 제 3 자 보험사가 보장하지 않는 비용에 대해 상환을 받을 수 있는 권리가 박탈됩니다.

Atlantic Health System 에서 요청에 따라 본인은 자격이 되는 경우에 정부 또는 기타 의료 지원처에 병원 청구서의 지불을 신청할 것입니다.

본인의 소득, 가구 규모 및 자산에 관한 정보가 본인이 알고 있는 범위 내에서 진실되고 정확함을 확인합니다.

서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

증인: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

# Atlantic Health System

.결혼한 경우, 배우자 작성용

\_\_\_ MORRISTOWN MEDICAL CENTER  
\_\_\_ OVERLOOK MEDICAL CENTER  
\_\_\_ NEWTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ CHILTON MEDICAL CENTER  
\_\_\_ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

## 신청서

\_\_\_ A. 본인은 (#) \_\_\_\_\_ 명의 자녀를 가지고 있습니다.

\_\_\_ B. 본인은: 독신, 결혼, 이혼, 미망인, 별거 상태이며 본인의 배우자와 재정적인 관계가 없습니다.

\_\_\_ C. 본인은 이전 배우자/타인으로부터 자녀 지원금/부양금을 받지 않습니다.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ D. 본인은 다음 기간에 대해 소득이 없었습니다: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_부터 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_까지.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ E. 진료를 받는 시점에 본인은 \_\_\_ 무직이었거나 \_\_\_ 직장이 있었습니다. 고용주:

\_\_\_\_\_

고용 날짜: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 본인은 \$ \_\_\_\_\_의 급여를 매주, 2 주마다, 매월, 매년 받았습니다.

기타 소득으로는 \_\_\_\_\_(으)로부터 \$ \_\_\_\_\_를 매주, 2 주마다, 매월, 매년 받았습니다.

\_\_\_ F. 본인은 자산이 없습니다.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ G. 본인은 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_부터 노숙자였습니다. 본인은 가끔 지역 보호소로 들어갑니다/들어가지 않습니다.

본인은 신분증을 가지고 있습니다/가지고 있지 않습니다.

보호소의 이름/주소: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ H. 본인은 \_\_\_\_\_ 년도의 소득세를 신고하지 않았습니다. 이유: \_\_\_\_\_.

\_\_\_ I. 본인은 의료 보험을 가지고 있지 않습니다.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ J. 본인의 거주지는 \_\_\_\_\_입니다.

독신이거나 \_\_\_\_\_와(과) 동거합니다.

\_\_\_ K. 본인은 \_\_\_\_\_부터 뉴저지 주에 거주하고 있었습니다. 본인은 다른 주 또는 국가에 거주한 적이 없으며 뉴저지에서만 거주하려고 합니다.

서명: \_\_\_\_\_

# Atlantic Health System

\_\_\_ L. 본인은 뉴저지 주에 거주하고 있지 않습니다. 응급 상황에서 병원으로 입원하게 된 것입니다.

서명: \_\_\_\_\_

\_\_\_ M. 본인은 자선 진료(Charity Care)를 위해 본 진술서를 작성하고 있습니다.

본인이 제출한 정보는 Atlantic Health System 과 연방 또는 주 정부에서 검증할 수 있음을 알고 있습니다.

상기의 사실을 허위로 진술하는 경우 제 3 자 보험사가 보장하지 않는 비용에 대해 상환을 받을 수 있는 권리가 박탈됩니다.

Atlantic Health System 에서 요청에 따라 본인은 자격이 되는 경우에 정부 또는 기타 의료 지원처에 병원 청구서의 지불을 신청할 것입니다.

본인의 소득, 가구 규모 및 자산에 관한 정보가 본인이 알고 있는 범위 내에서 진실되고 정확함을 확인합니다.

서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

증인: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_