



尊敬的家长/监护人：

感谢您选择特需儿童医院 (Children's Specialized Hospital) 来满足您孩子的需求。我们为您随函附上了特需儿童医院福利基金 (Children's Specialized Hospital Benefit Fund) 的申请表。若要我们考虑您的申请，您必须提供一份证明，证明您是美国永久公民或永久居住在新泽西州的合法外籍人士。是否获得批准以及可能获得的援助金额将取决于您填写完成的申请表，包括您的家庭收入和资产。您所提供的所有信息必须与您所申请的服务的日期相吻合。

我们希望将此申请表提供给您和家人，即使您的孩子已经有健康保险的承保。特需儿童医院福利基金可为您承保共付额、扣除额和共同保险金。

*提交申请表即表明您了解您要对所提供信息的准确性负责，并且您有责任遵守保险准则，并根据需要进行重新申请。如果获得批准，则经济援助将于确定符合资格之日起一年内有效。您应每年进行一次重新申请。*

**若要我们考虑您的申请，请务必提供下页列示的所有必要文件。**在收到您填写完成的申请表后，特需儿童医院需要两周的时间来处理您的申请表。在对您的申请作出决定后，我们会通知您。

请将申请表和所需文件交回至特需儿童医院保险验证和授权部门，地址：379 Campus Drive / 4<sup>th</sup> Floor / Somerset, NJ 08873，或传真至 908-389-5698。请注意，这是仅供特需儿童医院福利基金使用的安全保密传真。

此致，

保险验证和授权团队

**特需儿童医院福利基金  
参保申请表**

---

下文列出了您必须随特需儿童医院福利基金申请表提交的文件。请发送副本，不要发送原件。申请的服务日期

---

您必须提供申请服务日期之前整个月份的信息。在为已提供的服务申请特需儿童医院 (CSH) 福利基金承保时，您必须提供首个疗程之前的月份的信息。例如，如果患者的首次治疗日期为 6 月 1 日，则您必须提供 5 月份的信息。

**您必须提供以下各项信息以便我们确定您的申请表是否完整。**

1. 收入信息。请提供：
  - 若您为受雇人士：
    - 每位有工作的家庭成员提供申请服务日期之前月份的两个工资单
  - 若您为自雇人士：
    - 注册会计师出具的显示申请服务日期之前月份的收入的报表
    - 确认收入的银行对账单
  - 如果所有家庭成员均没有工作：
    - 两张最近的残障和/或失业救济金支票
  - 提供以下收入来源的法定单证：
    - 社会保障
    - 子女抚养费
    - 赡养费
  - 提供申请服务日期之前月份的以下收入来源的支票：
    - 租金收入
    - 利息收入（必须写明利息来源）
  - 所有其他收入来源
2. 最近提交的所得税申报表
3. 每位有工作的家庭成员的最新 W2 表
4. 所有家庭成员在申请服务日期之前月份的所有支票和储蓄账户对账单。
5. 证明患者为新泽西州永久居民、美国公民或拥有合法居留权的外籍人士的适当文件。
  - *有效文件的示例：出生证明、社会安全卡或美国护照、绿卡*
6. 驾驶执照或带照片的合适身份证
7. 健康保险 ID 卡（若您有健康保险）
8. 任何政府和/或私人医疗援助或者患者、家人和/或担保人有资格获得的其他资金来源的拒绝和/或合格证明（如果家人没有保险）
9. 资产文件
  - 这包括股票、债券及任何其他投资（包括除您的主要住所以外的其他财产）。除担保人/家人主要住所以外的其他财产被视为一种资产，并将在作出资格决定时考虑此类财产。我们在作决定时会考虑诸如（但不限于）支票和储蓄账户、股票和债券等资产，指定的退休账户中的此类资产除外，但不会考虑诸如（但不限于）401(K) 或 403 (B) 等投资退休计划。
  - *有效文件的示例：股票、基金和债券的最新月结单*

特需儿童医院福利  
参保申请表

患者姓名

出生日期

街道地址

城市

州

邮编

申请人姓名

家庭电话

患者的社会安全号码

家庭人数\*

(向政府/或在您的所得税申报表中填报的人数)

申请的服务日期 (必须提供工资单)

服务类型和地点

新泽西州永久居民? 是\_\_\_/否\_\_\_ 合法居民? 是\_\_\_/否\_\_\_ 不合法居民? 是\_\_\_/否\_\_\_

列出所有家庭成员、其年龄以及与患者的关系。

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

\*一名孕妇被计为 2 名家庭成员。

## 申请人的保证

我了解，我为获得 CSH 福利基金计划的资格而提供的信息须经过特需儿童医院和/或联邦或州政府的核实。故意歪曲事实将导致我和/或担保人承担所有医院费用，并受到民事处罚。我保证，我为处理特需儿童医院福利基金申请而提供的信息及文件均真实、准确，并且我了解，若我的住所、家庭人数、收入或资产发生任何变化，我有责任立即通知特需儿童医院。

我和/或担保人同意遵守所有保险准则，包括但不限于推荐、授权和预认证。如果未遵守保险准则，我和/或担保人将负责承担所产生的保险不承保的所有费用。

我和/或担保人将及时申请患者、我本人和/或担保人可能符合资格的任何政府或私人医疗援助或其他资金来源，并提供此类援助的拒绝或合格证明。我了解，不提供拒绝或合格证明将导致我的特需儿童医院福利基金申请被驳回。我知道，我的特需儿童医院福利基金申请表将取决于是否及时提供了此类援助的拒绝或合格证明。

申请人签名

日期

特需儿童医院福利基金矩阵（政策 LD-21）

联邦贫困线 %	400%	410%	420%	430%	440%	450%	460%	470%	480%	490%	500%
患者自付百分比 :	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
家庭人数:	收入标准										
1	\$ 35,010	\$ 35,885	\$ 36,761	\$ 37,636	\$ 38,511	\$ 39,386	\$ 40,262	\$ 41,137	\$ 42,012	\$ 42,887	\$ 43,763
2	\$ 47,190	\$ 48,370	\$ 49,550	\$ 50,729	\$ 51,909	\$ 53,089	\$ 54,269	\$ 55,448	\$ 56,628	\$ 57,808	\$ 58,988
3	\$ 59,370	\$ 60,854	\$ 62,339	\$ 63,823	\$ 65,307	\$ 66,791	\$ 68,276	\$ 69,760	\$ 71,244	\$ 72,728	\$ 74,213
4	\$ 71,550	\$ 73,339	\$ 75,128	\$ 76,916	\$ 78,705	\$ 80,494	\$ 82,283	\$ 84,071	\$ 85,860	\$ 87,649	\$ 89,438
5	\$ 83,730	\$ 85,823	\$ 87,917	\$ 90,010	\$ 92,103	\$ 94,196	\$ 96,290	\$ 98,383	\$ 100,476	\$ 102,569	\$ 104,663
6	\$ 95,910	\$ 98,308	\$ 100,706	\$ 103,103	\$ 105,501	\$ 107,899	\$ 110,297	\$ 112,694	\$ 115,092	\$ 117,490	\$ 119,888
7	\$ 104,790	\$ 107,410	\$ 110,030	\$ 112,649	\$ 115,269	\$ 117,889	\$ 120,509	\$ 123,128	\$ 125,748	\$ 128,368	\$ 130,988
8	\$ 116,490	\$ 119,402	\$ 122,315	\$ 125,227	\$ 128,139	\$ 131,051	\$ 133,964	\$ 136,876	\$ 139,788	\$ 142,700	\$ 145,613