

ન્યૂ જર્સી હોસ્પિટલ સંભાળ સહાય કાર્યક્રમ
સહભાગીતા માટે અરજી

ઓળખનો પુરાવો, આવકનો પુરાવો અને મિલકતનો પુરાવો આ અરજી સાથે હોવો જ જોઈએ. વિનંતી કરાયેલા તમામ દસ્તાવેજોની નકલો મોકલો. ઓરિજિનલ દસ્તાવેજો ના મોકલો કારણકે તે પાછા આપવામાં નહીં આવે.

વિભાગ I - વ્યક્તિગત માહિતી

1. દર્દીનું નામ:		2. સોશિઅલ સિક્યુરિટી નંબર:
(છેલ્લું)	(પ્રથમ)	(મધ્ય)
3. અરજીની તારીખ:	4. સેવા પ્રારંભની તારીખ	5. સેવા માટે વિનંતી કરાયેલી તારીખ
6. શેરીનું સરનામું		7. ટેલિફોન નંબર
8. શહેર, સ્ટેટ, ઝિપકોડ		9. કુટુંબના સભ્યો
10. U.S. નાગરિકત્વ		11. NJમાં 3- મહિનાના રહેવાસનો પુરાવો
12. ગેરન્ટરનું નામ (જો દર્દી સિવાય અન્ય હોય તો)		

વિભાગ II - મિલકતના માપદંડ

13. અંગત મિલકતો:

14. ક્રોટુંબિક મિલકતો:

15. મિલકતમાં સામેલ છે:

A. રોકડ

B. બચત ખાતાઓ

C. ચેકિંગ ખાતાઓ

D. થાપણ / I.R.A. ના પ્રમાણપત્રો

E. રિયલ એસ્ટેટમાં ઇક્વિટી (પ્રાથમિક બાજુ સિવાય

F. અન્ય મિલકતો (ટ્રેઝરી બિલ્સ, નેગોશિયેબલ પેપર,
કોર્પોરેટ સ્ટોક અને બોન્ડ)

G. કુલ

સહભાગીતા માટે અરજી (અનુસંધાન)

વિભાગ III - આવકના માપદંડ

હોસ્પિટલ સંભાળ સહાય માટે લાયકાત નક્કી કરતી વખતે જીવનસાથીની આવક અને મિલકતોનો પુખ્ત માટે ઉપયોગ થવો જ જોઈએ; માતાપિતાની આવક અને મિલકતોનો સગીર બાળક માટે ઉપયોગ થવો જ જોઈએ. આ અરજી સાથે આવકનો પુરાવો જોડેલો હોવો જ જોઈએ. સેવાની તારીખની અગાઉની બાર મહિના, ત્રણ મહિના અથવા એક મહિનાની આવક આધારે આવકની ગણતરી થાય છે. દર્દી/પરિવારની કુલ આવક નીચે ગણતરીમાં જે ઓછી હશે તેને સમકક્ષ હશે:

છેલ્લા 12 મહિના	છેલ્લા 3 મહિના X 4	છેલ્લો 1 મહિનો X 12

16. આવકના સ્રોત

A. કપાત પહેલાં પગાર/વેતન

B. જાહેર સહાય

C. સામાજિક સરક્ષા લાભો

D. બેરોજગારી અને વર્કમેન વળતર

E. વેટરનના લાભો

F. ભરણપોષણ/ બાળસહાય

G. અન્ય નાણાકીય સહાય

H. પેન્શન ચક્રવર્ણીઓ

I. વીમો અને વાર્ષિક ચક્રવર્ણીઓ

J. ડિવિડન્ડ/વ્યાજ

K. ભાડાની આવક

L. બિઝનેસની ચોખ્ખી આવક (સ્વરોજગાર/ સ્વતંત્ર સ્રોત દ્વારા ખરાઈ થયેલું)

M. અન્ય (હડતાળ લાભો, તાલીમ સ્ટાઇપેન્ડ, લશ્કર કુટુંબ જાળવણી, મિલકતોમાંથી આવક

N. કુલ

વિભાગ IV - અરજદાર દ્વારા પ્રમાણીકરણ

હું સમજું છું કે મેં રજૂ કરેલી માહિતી યોગ્ય આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા અને ફેડરલ કે સ્ટેટ સરકારોની દ્વારા ખરાઈને આધીન છે. જો મેં આ હકીકતો ઇરાદાપૂર્વક ખોટી રીતે રજૂ કરી હશે તો મારે તમામ હોસ્પિટલ ચાર્જ ભરવા પડશે અને દીવાની દંડ ભરવા પડશે. જો આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા દ્વારા તેની માંગ કરવામાં આવશે તો હું હોસ્પિટલ બિલની ચૂકવણી માટે સરકારી કે ખાનગી તબીબી સહાય માટે અરજી કરીશ.

હું ખાતરીપૂર્વક જણાવું છું કે કુટુંબના સભ્યો, આવક અને મિલકત અંગેની ઉપરોક્ત માહિતી સાચી અને ખરી છે.

હું સમજું છું કે, મારી આવક કે મિલકતના દરજ્જામાં કોઈ ફેરફાર થાય તો તેની હોસ્પિટલને જાણ કરવાની જવાબદારી મારી છે.

17. દર્દી અથવા ગેરન્ટરની સહી

18. તારીખ



દર્દીનું નામ: _____

એકાઉન્ટ#: _____

કૃપા કરીને લાગુ પડતા પ્રત્યેક નિવેદનની સામે ટૂંકી સહી કરો.

_____ હું પ્રમાણિત કરું છું કે, મારે કોઈ આવક નથી અને ત્યારથી મારે કોઈ આવક નથી

_____ હું પ્રમાણિત કરું છું કે, મારી પાસે મારી કે અન્ય કોઈ પક્ષકાર મારફતે બેન્ક ખાતા સહિત કોઈ મિલકત નથી.

_____ હું પ્રમાણિત કરું છું કે, હું બેધર છું અને ત્યારથી બેધર છું

_____ હું પ્રમાણિત કરું છું કે, આ બિલની બાકી રકમ આવરી લેવા માટે હું મારા કે અન્ય પક્ષકાર મારફતે કોઈ મેડિકલ કવરેજ ધરાવતો નથી.

_____ હું પ્રમાણિત કરું છું કે, હું ન્યૂ જર્સી સ્ટેટનો રહેવાસી છું અને હું ત્યારથી આ સ્ટેટનો રહેવાસી છું

_____ હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારી પાસે ઓળખના કોઈ સાધનો નથી.

હું, આથી જાહેર કરું છું કે, આ વર્કશીટ પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી જાણ મુજબ સાચી અને ખરી છે.

X

સહી

સંબંધ

તારીખ

ઈન્ટરવ્યૂ લેનારની સહી

તારીખ



જેને લાગુ પડતું હોય તેને:

હું (નામ છાપો) _____ (દર્દી સાથે સંબંધ) _____

નીચેના માટે રૂમ, બોર્ડ અને અન્ય જીવન જરૂરિયાતની ચીજવસ્તુઓ પૂરી પાડું છું:

નીચે દર્શાવેલા મારા ઘરના સરનામે:

અને હું તે આ તારીખથી કરી રહ્યો છું: (તારીખ) _____

હું તેના/તેણીના કોઈ પણ હોસ્પિટલ કે અન્ય ખર્ચ માટે જવાબદાર નથી કે તે ચૂકવી શકું તેમ નથી.

સહી કરી: _____ તારીખ: _____

ટેલિફોન: _____



માહિતી માટે પરવાનગી

ખાતા નંબર.

નામ:

સરનામું:

સોશિઅલ સિક્યુરિટી નંબર:

આથી હું અધિકૃત કરું છું અને વિનંતી કરી છું કે, એટલાન્ટિકેર રીજનલ મેડિકલ સેન્ટરને આપેલી માહિતી કે જે મારી ઉંમર, રહેવાસ, નાગરિકત્વ, રોજગારી, આવકના સ્ત્રોત અને કોઈ પણ સામાજિક સુરક્ષાને લગતી માહિતી માટે જરૂરી સામાજિક સુરક્ષા વહીવટીતંત્ર, કાઉન્ટી સામાજિક સુરક્ષા, બેન્કો કે અન્ય કોઈ સ્ત્રોતમાંથી મેળવેલી માહિતી છે તે હું એવું સમજું છું કે તેના ઉપયોગનો હેતુ NJ હોસ્પિટલ સંભાળ કાર્યક્રમ અથવા મેડિકએઇડ માટે મારી લાયકાતના સંદર્ભમાં હશે.

X

તારીખ:

સહી

સાક્ષી તરીકે જોયાની કે મેળવ્યા તારીખ

એટલાન્ટિકેર રીજનલ મેડિકલ સેન્ટર પ્રતિનિધિ