

نیو جرسی اسپتال کی نگہداشت کا امدادی پروگرام برائے ادائیگی

درخواست فارم برائے شرکت

اس درخواست فارم کے ساتھ شناخت کا ثبوت، آمدنی کا ثبوت، اور اثاثوں کا ثبوت ہونا ضروری ہے۔ تمام مطلوبہ دستاویزات کی کاپیاں بھیجیں۔ اصلی دستاویزات نہ بھیجیں، کیونکہ انہیں واپس نہیں کیا جائیگا۔

سیشن - ذاتی معلومات

سوشل سکیورٹی نمبر _____ - _____ - _____	1 - مریض کا نام		
	(خاندانی نام)	(نام)	(درمیانی نام)
5 - خدمت کی درخواست کردہ تاریخ ____/____/____ ماہ دن سال	4 - خدمت کی ابتدائی تاریخ ____/____/____ ماہ دن سال		3 - درخواست کی تاریخ ____/____/____ ماہ دن سال
7 - ٹیلیفون نمبر (____) _____ - _____	6 - مریض کے گھر کا پتہ		
9. اہل خانہ کی تعداد *	8 - شہر، ریاست، زپ کوڈ		
11- ریاست نیو جرسی میں 3-ماہ رہائش کا ثبوت ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	10- امریکی شہریت ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> زیر غور درخواست <input type="checkbox"/>		
13. کیا مریض کی عمر 65 سال سے زیادہ ہے؟ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> سی ڈبلو ایف شامل ہے <input type="checkbox"/>	12- ضامن کا نام (اگر مریض کے علاوہ ہو) ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>		
	14. کیا بیمہ مریض کا احاطہ کرتا ہے ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>		

سیکشن - اثاثوں کے معیار (برائے دفتری استعمال)

15. انفرادی اثاثے جات:

16. خاندانی اثاثے جات:

17. اثاثے جات میں شامل ہیں:

- A. نقدی
B. بچت اکاؤنٹس
C. چیکنگ اکاؤنٹس
D. سرٹیفیکٹس آف ڈپازٹس/I.R.A.
E. جائیداد میں حصہ داری (بنیادی رہائش کے علاوہ)
F. دیگر اثاثے جات (ٹریجری بل، نیگوشی ایبل پیپر، کارپوریٹ اسٹاک اور بانڈس)
G. کل ڈالرز میں

*اہل خانہ میں خود، شریک حیات، اور نابالغ بچے شامل ہیں۔ حاملہ خاتون کو دو فیملی ممبر کے طور پر شمار کیا جاتا ہے

درخواست فارم برائے شرکت (جاری)

سیکشن - III آمدنی کے معیارات

امداد برائے اسپتال کی نگہداشت کے لیے تعین کرتے وقت، بالغوں کے لیے شریک حیات کی آمدنی اور اثاثہ جات کو ضرور استعمال کرنا چاہیے؛ نابالغ بچے کے لیے والدین کی آمدنی اور اثاثہ جات کو ضرور شامل کرنا چاہیے۔ اس درخواست فارم کے ساتھ آمدنی کا ثبوت ہونا ضروری ہے۔

خدمات کی تاریخ سے پہلے آمدنی بارہ ماہ، تین ماہ یا ایک ماہ کی آمدنی کے شمار پر مبنی ہوتی ہے۔

مریض / فیملی کی مجموعی آمدنی درج ذیل سے کم کے مساوی ہوتی ہے

گزشتہ 1 ماہ X12	یا	گزشتہ 3 ماہ X4	یا	گزشتہ 12 ماہ

18 ذرائع آمدنی:

سالاتہ	ماہانہ	بفتہ وار	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. کٹوتیوں سے پہلے تنخواہ / اجرت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. سرکاری امداد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. سوشل سکیورٹی کے فوائد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. بے روزگاری اور کارکنوں کا معاوضہ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. پنشن یافتہ فوجی کے فوائد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. نان و نفقہ یا گزارا / چائلڈ سپورٹ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G. ان کی مالی معاونت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H. پنشن کی ادائیگیاں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. انشورینس یا سالاتہ عطیہ کی ادائیگیاں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J. منافع / سود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K. کرایہ کی آمدنی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L. خالص کاروباری آمدنی (ذاتی کاروبار / آزادانہ ذریعہ سے تصدیق شدہ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. دیگر (اسٹرانک کے فوائد، ٹریننگ کے وظائف، ملٹری فیملی الاٹمنٹ، جائیداد اور ٹرسٹوں سے آمدنی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. کل

سیکشن IV- درخواست دہندہ کا تصدیقی بیان

میں سمجھتا ہوں کہ جو معلومات میں نے فراہم کی ہیں وہ صحت کی نگہداشت کی مناسب فیسلٹی اور وفاق یا ریاستی حکومتوں کے ذریعہ تصدیق سے مشروط ہیں۔ ان حقائق کی عمدہ غلط ترجمانی کرنے کی وجہ سے مجھ پر اسپتال کے تمام اخراجات عائد ہونگے اور میں دیوانی جرمانوں کے تابع ہونگا۔

صحت کی نگہداشت کی فیسلٹی کے ذریعہ مطالبہ کرنے پر، میں اسپتال کی بلوں کی ادائیگی کے لیے حکومتی اور نجی طبی امداد کے لیے درخواست دوں گا۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے اہل خانہ کی تعداد، آمدنی، اور اثاثہ جات کے متعلق مذکورہ بالا معلومات صحیح اور درست ہیں۔

میں سمجھتا ہوں کہ میری آمدنی اور اثاثہ جات کے تعلق سے کوئی تبدیلی ہونے پر اسپتال کو خبر دینا میری ذمہ داری ہے

20. تاریخ

19. مریض یا سرپرست کے دستخط

مریض کی بنیادی تصدیق

اکاؤنٹ نمبر: _____ مریض نمبر: _____

پتہ: _____ خدمت کی تاریخ: _____

براہ کرم مخفف دستخط کریں

_____ میں اور/یا میری شریک حیات تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہے کہ میرے/ہمارے پاس کوئی آمدنی نہیں ہے اور _____/_____/_____ سے _____ کوئی آمدنی نہیں تھی

_____ میں اور/یا میری شریک حیات تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہے کہ میرے پاس کوئی اثاثہ جات نہیں ہیں جیسا کہ چیرٹی کیئر کے درخواست فارم پر دیا ہوا ہے

_____ میں اور/یا میری شریک حیات تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہے کہ میں بے گھر ہوں اور _____/_____/_____ سے بے گھر رہا/رہی ہوں۔

_____ میں اور/یا میری شریک حیات تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہے کہ میرے/ہمارے پاس میری اسپتال کی خدمات کے بقیہ رقم کا احاطہ کرنے کے لیے کوئی طبی بیمہ نہیں ہے

_____ میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرا نام _____ میں مندرجہ ذیل کا ثبوت فراہم نہیں کرسکتا ہوں

شناخت کا، کیونکہ: _____
(وجہ بیان کریں)

_____ میں اور/یا میری شریک حیات تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہے کہ میرے/ہمارے پاس آمدنی ہے۔ ہماری مجموعی/نقدی آمدنی \$ _____ ہے اور ہمیں _____ کی بنیاد پر ادائیگی کی جاتی ہے۔
دورانیہ مدت

_____ میں اور/یا میری شریک حیات تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہے کہ میرے پاس اوپر دی گئی خدمت کی تاریخ کو \$ _____ کے اثاثہ جات ہیں۔

_____ میں اور/یا میری شریک حیات تصدیق کرتا ہوں/کرتی ہے کہ میں نیو جرسی کا/کی رہائشی ہوں اور نیو جرسی کو اپنی رہائش کے طور پر رکھنے کا ارادہ رکھتا/رکھتی ہوں
رہائش پذیری کی جگہ:

_____ میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے تیسرے فریق کو کوئی دعویٰ پیش نہیں کیا ہے اور یہ کہ کوئی ارادہ نہیں ہے جس میں، میں پوری طبی خدمات یا اس کے جزء کی ادائیگی کا مطالبہ کرسکتا ہوں جس کے متعلق یہ درخواست فارم ہے (بشمول، بغیر کسی حد کے، بغیر غلطی کے دعوے، کارکنان کا معاوضہ، گھر کے مالکان، کم بیمہ شدہ یا بغیر بیمہ شدہ گاڑی چلانے والے انشورینس کے فوائد اور حق تلفی کے دعوے) میں سمجھتا ہوں اور اتفاق کرتا ہوں کہ، اگر اس طرح کا کوئی دعویٰ کیا جاتا ہے، تو
(Hackensack Meridian Health Pascack Valley) میڈیکل سنٹر اپنی چیرٹی کیئر کو واپس لے سکتا ہے اور مجھ سے تمام اخراجات کی ادائیگی کا مطالبہ کرسکتا ہے۔ (Hackensack Meridian Health) کو اطلاع دینے پر رضامندی ظاہر کرتا ہوں
Pascack Valley میڈیکل سنٹر کو بھی مطلع کرنے کے لیے اتفاق کرتا ہوں۔

_____ مریض کے دستخط

_____ جلی حروف میں نام

_____ تاریخ