

ન્યૂ જર્સી હોસ્પિટલ કેર પેમેન્ટ આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ (ન્યૂ જર્સીની હોસ્પિટલની સંભાળની ચુકવણી કરવા માટેની સહાયતાનો કાર્યક્રમ)
સહભાગિતા માટેની અરજી

ઓળખનો પુરાવો, આવકનો પુરાવો અને અસ્કયામતોનો પુરાવો આ અરજી સાથે હોવો જ જોઈએ. વિનંતી કરાયેલ તમામ દસ્તાવેજોની નકલ મોકલવી જોઈએ. મૂળ નકલોને મોકલશો નહીં કારણ કે તેને પરત કરવામાં નહીં આવે.

વિભાગ I - વ્યક્તિગત માહિતી

1. દર્દીનું નામ _____ (છેલ્લું) _____ (પ્રથમ) _____ (એમ.આઈ.)			સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર (સામાજિક સુરક્ષા ક્રમાંક) _____ - _____ - _____
3. અરજી કર્યાની તારીખ ____/____/____ મહિનો દિવસ વર્ષ	4. સેવાની પ્રારંભિક તારીખ ____/____/____ મહિનો દિવસ વર્ષ	5. સેવા માટે વિનંતી કરાયેલ તારીખ ____/____/____ મહિનો દિવસ વર્ષ	
6. દર્દીની શેરીનું સરનામું			7. ટેલિફોન નંબર (____) _____ - _____
8. શહેર, રાજ્ય, ઝીપ કોડ			9. પરિવારનું કદ *
10. યુ.એસ.નાગરિકત્વ <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> બાકી અરજી		11. એન.જે.ના રાજ્યમાં 3-મહિનાના નિવાસસ્થાનનો પુરાવો હા <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	
12. બાંધધરી આપનારનું નામ (જો દર્દી કરતાં અન્ય હોય તો)		13. શું પી.ટી. 65 વર્ષથી વધુ જૂનું છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> CWF નો સમાવેશ	
14. શું પી.ટી. વીમા દ્વારા આવરી લેવામાં આવેલું છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના			

વિભાગ II — મિલકતોનો માપદંડ (કાર્યાલયના ઉપયોગ માટે)

15. વ્યક્તિગત મિલકતો: _____

16. પારિવારિક મિલકતો: _____

17. મિલકતોમાં સમાવેશ છે:

A. રોકડ _____

B. સેવિંગ્સ એકાઉન્ટ્સ _____

C. એકાઉન્ટ્સ અંગે ચકાસણી કરવી _____

D. ડિપોઝિટના પ્રમાણપત્રો/ I.R.A. _____

E. જમીન જાગીરમાં ન્યાયસંગતતા (પ્રાથમિક નિવાસસ્થાન સિવાયનું) _____

F. અન્ય મિલકતો (તિજોરીના ભરતિયાં, વિનિમયક્ષમ કાગળ, નિગમિત થાપણો અને દસ્તાવેજો) _____

G. કુલ સરવાળો **\$ 0.00** _____

* પરિવારના વિસ્તારમાં પોતે, પતિ/પત્ની અને કોઈ પણ સગીર વયના બાળકોનો સમાવેશ થાય છે. સગલાં સ્ત્રીને બે પારિવારિક સભ્યો તરીકે લેખવામાં આવે છે.

વિભાગ III – આવકના માપદંડો

જ્યારે હોસ્પિટલ સંભાળની સહાય માટેની પાત્રતા અંગે નક્કી કરવાનું થાય, ત્યારે એક પુખ્તવયની વ્યક્તિ માટે પતિ/પત્નીની આવક અને મિલકતોનો ઉપયોગ થવો જોઈએ; કોઈ સગીર વયના બાળક માટે માબાપની આવક અને મિલકતોનો ઉપયોગ થવો જોઈએ. આવકનો પુરાવો આ અરજી સાથે હેવો જ જોઈએ.

સેવાની તારીખ પૂર્વે આવકની ગણતરી કાં તો આવકના બાર મહિના, ત્રણ મહિના અથવા તો એક મહિનાને આધારે કરવામાં આવે છે.

દર્દી / પારિવારિક કુલ આવક નીચે મુજબની ઓછી આવકો પૈકીની આવક સમાન છે:

પાછલા 12 મહિના		પાછલા 3 મહિના X4		પાછલો 1 મહિનો X12
	અથવા		અથવા	

18. આવકના સ્ત્રોતો

		અઠવાડિક	માસિક	વાર્ષિક
A.	પગાર / કપાત પહેલાં વેતન	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	જાહેર સહાય	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	સામાજિક સલામતીના લાભ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	બેરોજગારી અને કામદારોનું વળતર	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	પીઠના લાભો	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.	ખાધાખોરાકી / બાળ સહાય	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.	તેમનો નાણાકીય ટેકો	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.	નિવૃત્તિ-વેતનની ચુકવણીઓ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I.	વીમો અથવા વાર્ષિકી ચુકવણી	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J.	ડિવિડન્ડ્સ/ વ્યાજ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K.	ભાડાની આવક	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.	ચોખ્ખી ધંધાકીય આવક (સ્વ રોજગારી/ સ્વતંત્ર સ્ત્રોત દ્વારા ખરાઈ કરેલ છે)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.	અન્ય (હસ્તાલના લાભો, તાલીમ માટના સ્ટાઈપેન્ડો/વૃત્તિકાઓ, લશ્કરી કુટુંબ માટેની ફાળવણીઓ, જમીન-જાગીર અને ટ્રસ્ટમાંથી આવક)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.	સરવાળો		\$ 0.00	<input type="checkbox"/>

વિભાગ IV – અરજદાર દ્વારા પ્રમાણીકરણ

હું સમજુ છું કે જે માહિતી હું રજૂ કરું છું તે યોગ્ય સ્વાસ્થ્ય સંભાળની સવલત અને સમવાયી અથવા રાજ્ય સરકારો દ્વારા ખરાઈને વિષયાધિન છે. આ હકીકતો અંગે જાણીબૂઝીને કરેલી ખોટી રજૂઆત મને તમામ હોસ્પિટલના ખર્ચાઓ માટે જવાબદાર લેખશે તેમજ નાગરિક દંડને વિષયાધિન રહેશે.

જો સ્વાસ્થ્ય સંભાળના તંત્ર દ્વારા આ પ્રમાણે વિનંતી કરવામાં આવે, તો હોસ્પિટલનું ભરતિયું ચુકવવા માટે હું સરકારી અથવા ખાનગી તબીબી સહાય માટે અરજી કરીશ.

હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા પરિવારનું કદ, આવક અને મિલકતો સાથે સંબંધિત ઉપરોક્ત માહિતી અસલ અને સાચી છે.

હું સમજુ છું કે મારે શિરે એ જવાબદારી છે કે મારી આવક અથવા મિલકતો સંદર્ભે જો દરજ્જામાં ફેરફાર થાય તો હું હોસ્પિટલને તે અંગેની જાણ કરું.

19. દર્દી અથવા બાંધધરી આપનારની સહી

20. તારીખ

દર્દીનું શરૂઆતનું પ્રમાણપત્ર

દર્દીનું નામ: _____ ખાતા નંબર: _____

સેવાની તારીખ: _____ સરનામું: _____

કૃપા કરીને ટૂંકી સહી કરો

_____ હું અને મારા જીવનસાથી પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે મારી પાસે/અમારી પાસે કોઈ આવક નથી ____/____/____ થી ____/____/____

_____ હું અને મારા જીવનસાથી પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે મારી પાસે સખાવતી સંભાળની અરજીમાં સૂચિબદ્ધ કર્યા પ્રમાણે કોઈ મિલકતો નથી.

_____ હું અને મારા જીવનસાથી પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે હું બેઘર છું અને ત્યારથી બેઘર જ રહ્યા છીએ ____/____/____

_____ હું અને મારા જીવનસાથી પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે મારી પાસે/અમારી પાસે મારી હાસ્પિટલની સેવાઓ માટેની બાકી રકમને આવરી લેવા માટે કોઈ તબીબી વીમો નથી.

_____ હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારું નામ છે _____ હું આનો પુરાવો પૂરો ન પાડી શકું

ઓળખ કારણ કે: _____

(કારણ આપો)

_____ હું અને મારા જીવનસાથી પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે મારી પાસે/અમારી પાસે આવક છે. અમારી કુલ/રોકડ આવક \$ _____ છે અને અમને યુકવણી તારીખે મળે છે અને અમને આ તારીખે યુકવણી પ્રાપ્ત થાય છે _____ ધોરણે.
વારંવારતા

_____ હું અને મારા જીવનસાથી પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે ઉપરોક્ત સેવાની તારીખના દિવસે મારી પાસે \$ _____ ની રકમ જેટલી મિલકતો છે.

_____ હું અને મારા જીવનસાથી પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે હું ન્યૂ જર્સીનો નિવાસી છું તેમજ હું ન્યૂ જર્સીને નિવાસ તરીકે ચાલુ રાખવા ઇચ્છું છું.

આ જગ્યાએ રહું છું: _____

_____ હું તે પ્રમાણિત કરું છું કે મેં એવા કોઈ પણ ત્રાહિત પક્ષ સામે દાવો કર્યો નથી કે ન તો હું દાવો કરવાની ઇચ્છા ધરાવું છું કે જેમાં હું, આંશિક અથવા પૂર્ણ રીતે, આ અરજી જેની સાથે સંબંધિત છે તેને માટેની તબીબી સેવાઓ લેવા ઇચ્છતો/ઇચ્છતી હોઉં (કે જેમાં કોઈ વાંક વિનાના દાવાઓ, કામદારોનું વળતર, મકાનમાલિકો, અલ્પ વીમો ઉત્તરાવેલ અથવા વીમો ન ઉત્તરાવેલ મોટરચાલકના વીમાના લાભો અને અપકૃત્યના દાવાઓનો, મર્યાદા વિના, સમાવેશ કરવામાં આવે છે). હું સમજું છું અને સંમત થાઉં છું કે જો કોઈ એવો દાવો કરવામાં આવે, તો Hackensack Meridian Health Pascack Valley મેડિકલ સેન્ટર પોતાની સખાવતી સંભાળ પાછી ખેંચી શકે છે તેમજ મારી પાસેથી તમામ ખર્ચાઓ અંગેની યુકવણી માગી શકે છે. હું પણ Hackensack Meridian Health જાણ કરીશ જ્યારે પણ દાવો દાખલ કરવામાં આવે ત્યારે Pascack Valley મેડિકલ સેન્ટરને.

_____ દર્દીની સહી

_____ મુદ્રિત નામ

_____ તારીખ