

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 ڈبلیو 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

\$ 0.00

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

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 Pasack 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

Pasack Valley میڈیکل سنٹر کو بھی مطلع کرنے کے لیے اتفاق کرتا ہوں۔

_____ مریض کے دستخط

_____ جلی حروف میں نام

_____ تاریخ