

न्यू जर्सी हॉस्पिटल केयर असिस्टेंस प्रोग्राम

भागीदारी हेतु आवेदन-पत्र

इस आवेदन-पत्र के साथ में पहचान का प्रमाण, आय का प्रमाण और सम्पत्तियों के प्रमाण संलग्न होने चाहियें।
मांगे गये सभी दस्तावेजों की प्रतियां भेजें। मूल दस्तावेज नहीं भेजें क्योंकि उन्हें वापस नहीं लौटाया जायेगा।

खंड I - व्यक्तिगत जानकारी

1. रोगी का नाम _____ (आखिरी) (पहला) (बीच का)		2. सोशल सिक्युरिटी नम्बर ____ - ____ - ____
3. आवेदन की तारीख ____ / ____ / ____ महीना तारीख वर्ष	4. सेवा शुरू करने की तारीख ____ / ____ / ____ महीना तारीख वर्ष	5. सेवा मांगने की तारीख ____ / ____ / ____ महीना तारीख वर्ष
6. रोगी का स्ट्रीट सहित पता		7. टेलीफोन नम्बर (____) ____ - ____
8. शहर, राज्य, ज़िप कोड		9. परिवार का आकार *
10. अमेरिकी नागरिकता <input type="checkbox"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं <input type="radio"/> आवेदन लम्बित		11. न्यू जर्सी राज्य में 3-महीने रहने का प्रमाण <input type="checkbox"/> हाँ <input type="radio"/> नहीं

12. जमानतदार का नाम (यदि रोगी के अलावा कोई अन्य हो)

खंड II - सम्पत्ति सम्बन्धी मापदंड

13. वैयक्तिक सम्पत्तियां:	_____
14. पारिवारिक सम्पत्तियां:	_____
15. सम्पत्तियों में शामिल हैं:	
A. नकदी	_____
B. बचत खाते	_____
C. चेकिंग खाते	_____
D. सर्टिफिकेट्स ऑफ डिपॉजिट/I.R.A.	_____
E. अचल सम्पत्ति में ईक्विटी (प्राथमिक निवास के अलावा)	_____
F. अन्य सम्पत्तियां (ट्रेजरी बिल्स, नेगोशियेबिल पेपर, कॉर्पोरेट स्टॉक्स एवं बॉण्ड्स)	_____
G. कुल	_____

* परिवार के आकार में स्वयं, पति या पत्नी और कोई भी नाबालिग बच्चे शामिल हैं। गर्भवती महिला को परिवार के दो सदस्यों के रूप में गिना जाता है।

भागीदारी हेतु आवेदन-पत्र (जारी)

खंड III - आय का मापदंड

हॉस्पिटल केयर सम्बन्धी सहायता का निर्धारण करते समय, पति या पत्नी की आय और सम्पत्तियों का इस्तेमाल बालिग व्यक्ति के लिए किया जाना चाहिये; नाबालिग बच्चे के लिए माता-पिता की आय और सम्पत्तियों का इस्तेमाल किया जाना चाहिये। इस आवेदन-पत्र के साथ आय का प्रमाण संलग्न होना चाहिये।

आय सेवा की तारीख से पूर्व के या तो बारह महीने, तीन महीने या एक महीने की आय की गणना पर आधारित है।

रोगी/परिवार की सकल आय निम्नलिखित में से जो भी कम हो उसके बराबर होती है:

आखिरी 12 महीने	या	आखिरी 3 महीने X 4	या	आखिरी 1 महीने X 12

16. आय का स्रोत

	साप्ताहिक	मसिक	वार्षिक
A. कटौतियों से पहले वेतन/मजदूरी _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. सार्वजनिक सहायता _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. सोशल सिक्युरिटी सम्बन्धी लाभ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. बेरोजगारी एवं श्रमिक मुआवजा _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. सेवानिवृत्त सैनिकों के लाभ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. गुजारा भत्ता/बाल सहायता _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. अन्य वित्तीय सहायता _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. पेंशन भुगतान _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. बीमा या वार्षिकी भुगतान _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. लाभांश/ब्याज _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. किराये से आय _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. शुद्ध कारोबारी आय (स्व-रोजगार/स्वतंत्र स्रोत द्वारा सत्यापित) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. अन्य (हड़ताल सम्बन्धी लाभ, प्रशिक्षण छात्रवृत्तियां, सैन्य परिवार आवंटन, जायदादों और ट्रस्टों से आय) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. योग _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

खंड IV - आवेदन के द्वारा प्रमाणीकरण

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत की जाने वाली जानकारी उपयुक्त हेल्थ केयर सुविधा और संघीय या राज्य सरकारों के द्वारा किये जाने वाले सत्यापन के आधीन है। इन तथ्यों की जानबूझ कर गलत-बयानी मुझे अस्पताल के खर्चों के प्रति देनदार और दीवानी यानि सिविल जुर्माने के आधीन बना देगी।

यदि हेल्थ केयर सुविधा के द्वारा ऐसा अनुरोध किया गया, तो मैं अस्पताल के बिल के भुगतान के लिए सरकारी या निजी चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करूंगा/करूंगी।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे परिवार के आकार, आय और संपत्तियों के बारे में उपरोक्त जानकारी सत्य और सही है।

मैं समझता/समझती हूँ कि अपनी आय या सम्पत्तियों से सम्बन्धित स्थिति में किसी भी बदलाव के बारे में अस्पताल को बताना मेरी जिम्मेदारी है।

17. रोगी या जमानतदार के हस्ताक्षर

18. तारीख