

# ਨਿਊ ਜਰਸੀ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

## ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ

ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ, ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਸਬੂਤ, ਸੰਪੱਤੀਆਂ ਦਾ ਸਬੂਤ ਲਗਾਉਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਮੰਗੋ ਗਏ ਸਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਭੇਜੋ। ਓਰਿਜਨਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਾ ਭੇਜੋ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

### ਭਾਗ 1 - ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਂ  (ਅੰਤਮ) _____ (ਪਹਿਲਾ) _____ (ਵਿਚਕਾਰਲਾ) _____		2. ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਟੀ ਨੰਬਰ  _____ - _____ - _____
3. ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਤਾਰੀਖ  _____ / _____ / _____ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	4. ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸੇਵਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ  _____ / _____ / _____ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ	5. ਸੇਵਾ ਲਈ ਮੰਗੀ ਗਈ ਤਾਰੀਖ  _____ / _____ / _____ ਮਹੀਨਾ ਦਿਨ ਸਾਲ
6. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਤਾ		7. ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ  (_____) _____ - _____
8. ਸ਼ਹਿਰ, ਸਟੇਟ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ		9. ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਸਾਈਜ਼*
10. ਯੂ.ਐਸ. ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ  <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚਾਰ ਅਧੀਨ ਹੈ	11. ਨਿਊ ਜਰਸੀ ਸਟੇਟ ਵਿਚ 3 ਮਹੀਨੇ ਰਹਿਣ ਦਾ ਸਬੂਤ  <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	

12. ਗਾਰੰਟੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੈ)

### ਭਾਗ II - ਸੰਪੱਤੀ ਸਬੰਧੀ ਮਾਪਦੰਡ

13. ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸੰਪੱਤੀ: \_\_\_\_\_
14. ਪਰਿਵਾਰਕ ਸੰਪੱਤੀ: \_\_\_\_\_
15. ਸੰਪੱਤੀ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:
- A. ਨਕਦੀ \_\_\_\_\_
  - B. ਬਚਤ ਖਾਤੇ \_\_\_\_\_
  - C. ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤੇ \_\_\_\_\_
  - D. ਡਿਪਾਜ਼ਿਟ ਦੇ ਸਰਟੀਫੀਕੇਟ / I.R.A. \_\_\_\_\_
  - E. ਅਚਲ ਜਾਇਦਾਦ ਵਿਚ ਇਕੁਇਟੀ (ਮੁੱਖ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੇ ਅਲਾਵਾ) \_\_\_\_\_
  - F. ਹੋਰ ਸੰਪੱਤੀ (ਟ੍ਰੈਜ਼ਰੀ ਬਿਲ, ਨੈਗੋਸ਼ਿਏਬਲ ਪੇਪਰ, ਕਾਰਪੋਰੇਟ ਸਟਾਕ ਅਤੇ ਬਾਂਡ) \_\_\_\_\_
  - G. ਕੁੱਲ ਜੋੜ \_\_\_\_\_

\*ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਈਜ਼ ਵਿਚ ਵਿਅਕਤੀ ਖੁਦ, ਪਤੀ/ਪਤਨੀ, ਅਤੇ ਗੈਰ-ਬਾਲਗ ਬੱਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤ ਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਦੋ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਸਮਝੀ ਜਾਵੇਗੀ।

## ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ (ਜਾਰੀ)

### ਭਾਗ III - ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ

ਹਸਪਤਾਲ ਵਿਚ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਕਿਸੇ ਬਾਲਗ ਲਈ ਉਸਦੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਗੈਰ-ਬਾਲਗ ਬੱਚੇ ਲਈ ਮਾਤਾ / ਪਿਤਾ / ਮਾਪਿਆਂ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪੱਤੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਆਮਦਨੀ ਸਰਵਿਸ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ, ਜਾਂ ਤਿਆਗੀ ਦੀ ਜਾਂ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਮਰੀਜ਼ / ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਹੇਠਲਿਆਂ ਵਿਚੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਹੋਵੇਗੀ:

ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ	ਜਾਂ	ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ X4	ਜਾਂ	ਪਿਛਲੇ 1 ਮਹੀਨੇ ਦੀ X12

#### 16. ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਰੋਤ

	ਹਫ਼ਤੇਵਾਰ	ਮਾਸਿਕ	ਸਾਲਾਨਾ
A. ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਨਖਾਹ / ਉਜਰਤ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ਪਬਲਿਕ ਸਹਾਇਤਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ਸੇਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਟੀ ਬੈਨਿਫਿਟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਅਤੇ ਵਰਕਮੈਨ ਲਈ ਮੁਆਵਜ਼ਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ਵੈਟਰਨ ਦੇ ਬੈਨਿਫਿਟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ਵੱਖ ਹੋਏ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਵਲੋਂ ਗੁਜ਼ਾਰਾ / ਚਾਈਲਡ ਸੱਪੋਰਟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ਦੂਜੀ ਪੈਸਿਆਂ ਵਾਲੀ ਸਹਾਇਤਾ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. ਪੈਨਸ਼ਨ ਭੁਗਤਾਨ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਐਨੁਇਟੀ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. ਡਿਵੀਡੈਂਡ / ਵਿਆਜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. ਕਾਰੋਬਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁਧ ਆਮਦਨੀ (ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ / ਸੁਤੰਤਰ ਸਰੋਤ ਦੁਆਰਾ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. ਹੋਰ (ਹੜਤਾਲ ਬੈਨਿਫਿਟ, ਸਿਖਲਾਈ ਵਜ਼ੀਫਾ, ਸੈਨਿਕ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਲਾਟਮੈਂਟ, ਇਸਟੇਟ ਅਤੇ ਟ੍ਰਸਟਾਂ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. ਕੁੱਲ ਜੋੜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ਭਾਗ IV - ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਤਸਦੀਕ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ(ਦੀ) ਹਾਂ ਕਿ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਢੁੱਕਵੀਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਫੈਸਿਲਿਟੀ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਜਾਂ ਸਟੇਟ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹਨਾ ਤੱਥਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣ ਬੁਝ ਕੇ ਗਲਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਤੇ ਮੈਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਾਰੇ ਖਰਚੇ ਭਰਨੇ ਪੈਣਗੇ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਤੇ ਦੀਵਾਨੀ ਜੁਰਮਾਨੇ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਫੈਸਿਲਿਟੀ ਮੰਗ ਕਰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਬਿਲ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਮੈਂ ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਵਾਂਗਾ(ਗੀ)।

ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ(ਦੀ) ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਈਜ਼, ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪੱਤੀ ਬਾਰੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸਟੀਕ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ(ਦੀ) ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਆਮਦਨੀ ਜਾਂ ਸੰਪੱਤੀ ਵਿਚ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣਾ ਮੇਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ।

17. ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਗਾਰੰਟੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

18. ਮਿਤੀ