

நியூஜெர்சி ஹாஸ்பிட்டல் கேர் அசிஸ்டன்ஸ் புரோக்ராம்

பங்கு கொள்வதற்கான விண்ணப்பம்

அடையாளச் சான்று, வருமானச் சான்று மற்றும் சொத்துகளுக்கான சான்று ஆகியவை இந்த விண்ணப்பத்துடன் அனுப்பப்பட வேண்டும். கேட்கப்படும் அனைத்து ஆவணங்களின் பிரதிகளையே அனுப்புங்கள். அசல் ஆவணங்களை அனுப்பாதீர்கள், ஏன் என்றால் அவை திருப்பி அனுப்பப்பட மாட்டாது.

பிரிவு I – தனிப்பட்ட தகவல்கள்

1. நோயாளி பெயர் (கடைசி) _____ (முதலாவது) _____ (நடு) _____		2. சோசியல் செக்யூரிட்டி எண் _____ - _____ - _____
3. விண்ணப்பத் தேதி _____/_____/_____ மாதம் நாள் வருடம்	4. சேவையின் தொடக்க தேதி _____/_____/_____ மாதம் நாள் வருடம்	5. சேவை வேண்டப்பட்ட தேதி _____/_____/_____ மாதம் நாள் வருடம்
6. நோயாளியின் தெரு முகவரி		7. தொலைபேசி எண் (_____) _____ - _____
8. நகரம், மாநிலம், ZIP குறியீட்டு எண்		9. குடும்பத்தின் அளவு *
10. யு.எஸ். குடியியலமை <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> நிலுவையில் இருக்கும் விண்ணப்பம்		11. NJ மாநிலத்தில் 3 - மாதம் குடியிருந்ததற்கான சான்று <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை

12. உத்தரவாதம் அளிப்பவரின் பெயர் (நோயாளியைத் தவிர வேறொருவர் என்றால்)

பிரிவு II – சொத்துகள் கட்டளை விதிகள் (கிரிட்டீரியா)

13. தனிநபர் சொத்துகள்: _____
14. குடும்பச் சொத்துகள்: _____
15. சொத்துகளில் அடங்குபவவை:
- A. ரொக்கம் _____
- B. சேமிப்புக் கணக்குகள் _____
- C. நடப்புக் கணக்குகள் (செக்கிங் அக்கவுண்ட்ஸ்) _____
- D. வைப்புத்தொகை சான்றிதழ்கள்/ஐ.ஆர்.ஏ. (I.R.A.) _____
- E. வீடு, நில உடமையில் ஈக்குயிட்டி (முதன்மைக் குடியிருப்பைத் தவிர பிற) _____
- F. மற்ற சொத்துகள் (டர்ஷரி பில்கள், நெகொஷியபிள் பேப்பர், பெருநிறுவனப் பங்குகள் மற்றும் பாண்டுகள்) _____
- G. மொத்தம் _____

* குடும்ப அளவில் அடங்குபவர்கள், தான், தனது மனைவி மற்றும் இளைய குழந்தைகள் எவரும். ஒரு கர்ப்பிணிப் பெண் இரண்டு குடும்ப உறுப்பினர்களாக எண்ணப்படுவார்.

பங்கு கொள்வதற்கான விண்ணப்பம்
(தொடர்கிறது)

பிரிவு III – வருமான கட்டளை விதிகள்

ஹாஸ்பிட்டல் கேர் அசிஸ்டன்ஸுக்கான தகுதியைத் தீர்மானிக்கும் பொழுது, வயதுக்கு வந்த ஒருவருக்காக வாழ்க்கைத் துணையின் வருமானம் மற்றும் சொத்துகள் கண்டிப்பாகப் பயன்படுத்தப்பட வேண்டும்; வயதுக்கு வராத ஒரு குழந்தைக்காக பெற்றோரின் (பெற்றோர்களின்) வருமானம் மற்றும் சொத்துகள் கண்டிப்பாகப் பயன்படுத்தப்பட வேண்டும். இந்த விண்ணப்பத்துடன் வருமானச் சான்று இணைக்கப்பட வேண்டும்.

சேவை தேதிக்கு முன்பாக பன்னிரண்டு மாதங்கள், மூன்று மாதங்கள் அல்லது ஒரு மாதம் இவற்றில் ஏதாவது ஒன்றின் அடிப்படையில் வருமானம் கணக்கிடப்படுகிறது. நோயாளியின் / குடும்பத்தின் நிகர வருமானம், பின்வருவனவற்றில் குறைவாக உள்ளதற்குச் சமமானது:

கடந்த 12 மாதங்கள்	அல்லது	கடந்த 3 மாதங்கள் X 4	அல்லது	கடந்த 1 மாதம் X 12

16. வருமானத்திற்கான

ஆதாரம்

வாராந்திர

மாதாந்திர

வருடாந்திர

A. பிடித்தலுக்கு முன்பாக சம்பளம்/ஊதியங்கள்	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. பொது உதவி	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. சமூகப் பாதுகாப்புப் பலன்கள்	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. வேலையில்லாதவர் மற்றும் பணியாளர் இழப்பீடு	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. முன்னாள் இராணுவத்தினர்களுக்கான பலன்கள்	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. வாழ்க்கைப்படி/குழந்தைக்கான ஆதரவு	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. பிற பண ஆதரவு	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. ஓய்வூதியத் தொகைகள்	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. காப்பீடு அல்லது ஆண்டுத் தொகைகள்	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. பங்கு ஈவுத்தொகைகள்/வட்டி	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. வாடகை வருமானம்	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. நிகர வர்த்தக வருமானம் (சுய வேலைவாய்ப்பு/சுயேச்சை ஆதாரம் மூலமாக சரிபார்க்கப்பட்டவை)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. பிற (ஸ்ட்ரைக் பலன்கள், பயிற்சி உதவித்தொகைகள், இராணுவ குடும்ப ஒதுக்கீடு, வீடு, நிலங்கள் மற்றும் டிரஸ்டுகளில் இருந்து வருமானம்)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. மொத்தம்	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

பிரிவு IV – விண்ணப்பம் மூலமாக சான்றளிப்பு

நான் சமர்ப்பிக்கும் தகவல்கள், சம்பந்தப்பட்ட ஆரோக்கியக் கவனிப்புத் துறையாலும் மற்றும் கூட்டரசு அல்லது மாநில அரசுகளாலும் சரிபார்ப்பதற்கு உட்பட்டது என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன். வேண்டுமென்றே இந்த உண்மைகளைத் திரித்து அளித்தால், மருத்துவமனைக் கட்டணங்கள் அனைத்தையும் நானே செலுத்துவதற்கு பொறுப்பு கொண்டவர் ஆவேன் மற்றும் குடிமை அபராதங்கள் விதிக்கப்படுவதற்கும் ஆளாவேன்.

ஆரோக்கியக் கவனிப்புத் துறையால் அவ்வாறு கேட்கப்பட்டால், மருத்துவமனைக் கட்டணத்தைச் செலுத்துவதற்காக அரசு அல்லது தனியார் மருத்துவ உதவிக்கு நான் விண்ணப்பிப்பேன்.

எனது குடும்பத்தின் அளவு, வருமானம் மற்றும் சொத்துகள் தொடர்பான மேற்கண்ட தகவல்கள் உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என்று நான் சான்றளிக்கிறேன்.

எனது வருமானம் மற்றும் சொத்துகள் தொடர்பான நிலைமையில் ஏதேனும் மாற்றம் இருந்தால், அதை மருத்துவமனைக்குத் தெரிவிப்பது எனது பொறுப்பு என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

17. நோயாளி அல்லது உத்தரவாதம் அளிப்பவரின் கையொப்பம்

18. தேதி