

న్యూ జెర్సీ హాస్పిటల్ కేర్ అసిస్టెన్స్ ప్రోగ్రామ్

పార్సిసిపేషన్ కోసం అప్లికేషన్

గుర్తింపు రుజువు, ఆదాయం రుజువు మరియు అస్తి రుజువు అప్లికేషన్ తప్పక జతపరచాలి. కోరిన అన్ని డాక్యుమెంట్లు కాపీలు పంపండి. ఒరిజినల్ డాక్యుమెంట్లు పంపకండి, ఎందుకంటే అవి తిరిగి పంపబడవు.

సెక్షన్ I - వ్యక్తిగత సమాచారం

1. రోగి పేరు (చివరి) _____ (మొదటి) _____ (మధ్య) _____		2. సోషియల్ సెక్యూరిటీ నంబరు _____ - _____ - _____
3. అప్లికేషన్ తేదీ _____ నెల _____ దినం సంవత్సరం	4. సర్వీసు ప్రారంభ తేదీ _____ నెల _____ దినం సంవత్సరం	5. సర్వీసు అభ్యర్థించిన తేదీ _____ నెల _____ దినం సంవత్సరం
6. రోగి వీధి అడ్రసు		7. టెలిఫోను నంబరు (_____) _____ - _____
8. నగరం, స్టేట్, జిప్ కోడ్		9. కుటుంబ సైజు*
10. యు.ఎస్. పౌరసత్వం <input type="checkbox"/> అవును <input checked="" type="checkbox"/> లేదు <input checked="" type="checkbox"/> పెండింగ్ అప్లికేషన్	11. ఎస్ జె స్టేట్లో 3-నెలల నివాసానికి రుజువు <input type="checkbox"/> అవును <input checked="" type="checkbox"/> లేదు	

12. గ్యారెంటీ ఇచ్చేవారి పేరు (రోగి కాకుండా మరొకరు అయితే)

సెక్షన్ II - ఆస్తుల ప్రమాణం

13. వ్యక్తిగత ఆస్తులు: _____

14. కుటుంబ ఆస్తులు: _____

15. ఆస్తులలో ఇవి ఉన్నాయి:

A. నగదు _____

B. సేవింగ్స్ అకౌంట్లు _____

C. చెకింగ్ అకౌంట్లు _____

D. డిపాజిట్/ I.R.A. సర్టిఫికేట్లు _____

E. రియల్ ఎస్టేట్లో ఈక్విటీ (ప్రైమరీ నివాసం తప్ప ఇతరము) _____

F. ఇతర ఆస్తులు (ట్రజరీ బిల్లులు, నెగోషియబుల్ పేపర్, కార్పొరేట్ స్టాక్ మరియు బాండ్లు) _____

G. మొత్తం _____

*కుటుంబ సైజులో తాను, జీవిత భాగస్వామి మరియు ఎవరైనా మైనర్ పిల్లలు ఉంటారు. గర్భిణి స్త్రీని ఇద్దరు కుటుంబ సభ్యులుగా లెక్కించడం జరుగుతుంది.

పార్టిసిపేషన్ కోసం అప్లికేషన్ (కొనసాగింపు)

సెక్షన్ III - ఆదాయ ప్రమాణం

హాస్పిటల్ కేర్ అసిస్టెన్స్ కోసం అర్హతను నిర్ధారించేటప్పుడు, ఒక వయోజన వ్యక్తికి భార్య లేక భర్త ఆదాయం మరియు ఆస్తులు తప్పక ఉపయోగించబడతాయి; మైనర్ బిడ్డ కోసం తల్లిదండ్రులు (లు) ఆదాయం మరియు ఆస్తులు ఉపయోగించబడతాయి. ఈ అప్లికేషన్ తో ఆదాయం యొక్క రుజువు తప్పక జతపరచాలి.

సర్వీసు తేదికి ముందు, పన్నెండు నెలలు, మూడు నెలలు లేక ఒక నెల లెక్కింపు ఆధారంగా ఆదాయం. రోగి/కుటుంబ స్థూల ఆదాయం క్రింది వాటిలో తక్కువదానికి సమానం:

గత 12 నెలలు	లేక	గత 3 నెలలు X 4	లేక	గత 1 నెల X 12
-------------	-----	-------------------	-----	------------------

16. ఆదాయ మూలం

	వారంవారం	నెలవారీ	సంవత్సరంవారీ
A. మినహాయింపుల ముందు జీతం/వేతనం	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. పబ్లిక్ అసిస్టెన్స్	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. సోషల్ సెక్యూరిటీ బెనిఫిట్స్	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. నిరుద్యోగం మరియు వర్కమెన్స్ పరిహారం	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. వెటరన్స్ బెనిఫిట్స్	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. అలిమాన్/చైల్డ్ సపోర్ట్	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ఇతర డబ్బు సపోర్టు	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. పెన్షన్ చెల్లింపులు	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. ఇన్సూరెన్స్ లేక అన్యూటీ చెల్లింపులు	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. డివిడెండ్లు/వడ్డీ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. బాడుగ ఆదాయం	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. నికర బిజినెస్ ఆదాయం (స్వయం ఉపాధి/స్వతంత్ర సోర్స్ చే వెరిఫై చేయబడింది)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. ఇతరము (స్ట్రక్ బెనిఫిట్స్, ట్రైనింగ్ ఫైఫండ్స్, మిలిటరీ ఫ్యామిలీ అల్లాట్మెంట్, ఎస్టేట్ మరియు ట్రస్టుల నుండి ఆదాయం)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. మొత్తం	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

సెక్షన్ IV - దరఖాస్తుదారుని ద్రువీకరణ

నేను సమర్పించిన సమాచారం, సంబంధిత హెల్త్ కేర్ ఫెసిలిటీ మరియు ఫెడరల్ లేక స్టేట్ ప్రభుత్వాల ద్వారా వెరిఫికేషన్ ను గురి చేయబడుతుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఈ తథ్యాలను ఉద్దేశపూర్వకంగా తప్పుగా తెలియజేయటం అనేది నన్ను అన్ని ఆసుపత్రి ఛార్జీలకు బాధ్యత వహించేలా మరియు సివిల్ జరీమానాలకు గురి అయ్యేలా చేస్తుంది.

ఒకవేళ హెల్త్ కేర్ ఫెసిలిటీ అభ్యర్థిస్తే, ఆసుపత్రి బిల్లు చెల్లించడానికి నేను ప్రభుత్వ లేక ప్రైవేటు వైద్య సహాయం కోసం అప్లై చేస్తాను.

నా కుటుంబ సైజు, ఆదాయం మరియు ఆస్తులకు సంబంధించి పై సమాచారం నిజం మరియు సరియైనది అని నేను ద్రువీకరిస్తున్నాను.

నా ఆదాయం లేక ఆస్తులకు సంబంధించి నా స్థితిలో ఏదైనా మార్పును ఆసుపత్రికి తెలియజేయడం నా బాధ్యత అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

17. రోగి లేక సంరక్షకుని సంతకం

18. తేదీ