

نیوجرسی ہاسپٹل کیٹراسسٹننس پروگرام شرکت کے لیے درخواست

اس درخواست کے ساتھ لازمی طور پر شناختی ثبوت، آمدنی کا ثبوت اور اثاثوں کا ثبوت ہونا چاہیے۔ تمام مطلوبہ دستاویزات کی کاپیاں بھیجیں۔ اصل دستاویزات نہ بھیجیں کیونکہ انہیں واپس نہیں کیا جائے گا۔

سیکشن I - ذاتی معلومات

1. مریض کا نام		
2. سوشل سیکیورٹی نمبر		
3. درخواست کی تاریخ	4. خدمات کی شروعات کی تاریخ	5. خدمات کی درخواست کردہ تاریخ
6. مریض کے گھر کا پتہ	7. ٹیلیفون نمبر	8. شہر، ریاست، زپ کوڈ
9. خاندان کی جسامت*	10. امریکی شہریت	
11. ریاست نیوجرسی - (NJ) میں 3 مہینے تک رہائش کا ثبوت	12. ضمانتی کا نام (اگر مریض کے علاوہ کوئی ہو)	
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	

سیکشن II - اثاثوں کا معیار

13. انفرادی اثاثے:

14. خاندانی اثاثے:

15. اثاثوں میں شامل ہیں:

A. نقد

B. بچت کھاتہ

C. چالو کھاتہ

D. ڈپازٹس کا سرٹیفیکٹ/I.R.A.

E. غیر منقولہ جائیداد میں حصہ (بنیادی رہائش گاہ کے علاوہ)

F. دیگر اثاثے (ٹریڈری بلس، قابل گفت و شنید کاغذات، کارپوریٹ اسٹاکس اور بانڈز)

G. کل

*خاندان کی جسامت میں شامل ہیں خود، شریک حیات اور کوئی چھوٹے بچے۔ کسی حاملہ عورت کو خاندان کے دورکن کے طور پر گنا جائے گا۔

شرکت کیلئے درخواست (جاری)

سیکشن III - آمدنی کا معیار

ہسپتال کی نگہداشت کے لیے اعانت کی اہلیت کا تعین کرتے وقت، شریک حیات کی آمدنی اور اثاثوں کو ایک بالغ کے لیے استعمال کیا جانا؛ کسی نابالغ بچے کی آمدنی کے لیے اس کے والدین کی آمدنی کا استعمال کیا جانا ضروری ہے۔ اس درخواست کے ساتھ آمدنی کا ثبوت لازمی طور پر ہونا چاہیے۔

آمدنی، خدمت کی تاریخ سے قبل کے یا دوبارہ مہینے، تین مہینے یا ایک مہینے کے حساب پر مبنی ہے۔ مریض / خاندان کی مجموعی آمدنی درج ذیل سے کم کر کے مساوی ہے:

گزشتہ 12 مہینے	یا	گزشتہ 3 مہینے X 4	یا	گزشتہ 1 مہینے X 12
----------------	----	----------------------	----	-----------------------

16. آمدنی کا ذریعہ

سالانہ	ماہانہ	ہفتہ ولری	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. تنخواہ / کنوٹیوں سے قبل اجرتیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. سرکاری اعانت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. سوشل سیکیورٹی بینیفٹس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. بے روزگاری اور کارکنان کے لیے متلافی بیمہ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. سابق فوجی کے وظائف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. زوج کا گزارہ خرچ / چائلڈ سپورٹ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G. دیگر تقدا اعانت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H. پنشن کی ادائیگیاں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. بیمہ یا سالانہ وظیفہ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J. منافع / سود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K. کرایے سے آمدنی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L. بزنس کی خالص آمدنی (اپنا روزگار / آزاد ذریعہ سے تصدیق)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. دیگر (ہتال کا الاؤنس، تربیت کا وظیفہ، ملٹری کے ذریعہ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خاندان کو الاؤنس، جائیدادوں اور ٹرسٹوں سے آمدنیاں)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. کل

سیکشن IV - درخواست دہندہ کے ذریعہ تصدیق

مجھے معلوم ہے کہ میں نے جو معلومات جمع کی ہے اس کی تصدیق موزوں نگہداشت صحت کی سہولت اور وفاقی یا ریاستی حکومتوں کے ذریعہ کی جائے گی۔ جان بوجھ کران حقائق سے متعلق غلط بیانی سے میں ہسپتال کے تمام چارجز کا دین دارین جاؤں گا/گی اور سول سزاؤں کا مستوجب ہوں گا/گی۔

اگر نگہداشت صحت کے ادارے کے ذریعہ طلب کیا جائے تو، میں ہسپتال کا بل ادا کرنے کے لیے سرکاری یا پرائیوٹ طبی اعانت کے لیے درخواست دوں گا/گی۔

میں تصدیق کرتا/ کرتی ہوں کہ میرے خاندان کی جسامت، آمدنی، اور اثاثوں کے بارے میں مذکورہ بالا معلومات درست اور صحیح ہے۔

مجھے معلوم ہے کہ ہسپتال کو اپنی آمدنی یا اثاثوں میں کسی تبدیلی کے بارے میں بتانا میری ذمہ داری ہے۔

18. تاریخ

17. مریض یا ضمانت دار کے دستخط