

દર્દીનું નામ: _____

તબીબી રેકોર્ડ #: _____

સેવાની તારીખ: _____ / _____ / _____

એકાઉન્ટ નંબર: _____

તમને એપોઇન્ટમેન્ટ અને/અથવા રેફરલના પુરાવા સાથે કોઈપણ એપોઇન્ટમેન્ટના એક અઠવાડિયા પહેલાં અરજી કરવા માટે પ્રોત્સાહિત કરવામાં આવે છે.

તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરવા માટે, ન્યુ જર્સી રાજ્યને નીચેના દસ્તાવેજોની જરૂર છે:

કૃપા કરીને સહાયતા માટે અરજી પર પાછા આવતા પહેલાં ચેકલિસ્ટ વાંચો અને જરૂરી દસ્તાવેજો એકત્રિત કરો

આ માટે ઓળખનો પુરાવો પ્રદાન કરો: _____

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ | <input type="checkbox"/> પાસપોર્ટ | <input type="checkbox"/> કાઉન્ટી ID | <input type="checkbox"/> આરોગ્ય વીમા કાર્ડ |
| <input type="checkbox"/> જન્મનું પ્રમાણપત્ર | <input type="checkbox"/> સામાજિક સુરક્ષા કાર્ડ | <input type="checkbox"/> કર્મચારીનું ID કાર્ડ | <input type="checkbox"/> મૃત્યુનું પ્રમાણપત્ર |
| <input type="checkbox"/> લગ્નનું પ્રમાણપત્ર | <input type="checkbox"/> મુખત્યારનામું | <input type="checkbox"/> અન્ય _____ | |

આ મુજબનો રહેઠાણનો પુરાવો પ્રદાન કરો: _____

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ઉપયોગિતા બિલ | <input type="checkbox"/> સમર્થનનું નિવેદન | <input type="checkbox"/> NJ ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ | <input type="checkbox"/> અન્ય _____ |
| <input type="checkbox"/> વીઝ/ભાડા માટે કરાર | <input type="checkbox"/> સરનામાનું પ્રમાણપત્ર અથવા મકાનમાલિકનું પ્રમાણ (આપેલું) | | |

આવકનો પુરાવો પ્રદાન કરો: _____ થી _____ સુધી

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> સેવાની તારીખથી તાત્કાલિક પહેલાના પેસ્ટબ્સ | <input type="checkbox"/> બાળ સહાય/નિર્વાહ ખર્ચનો પુરાવો |
| <input type="checkbox"/> નિયોક્તા પાસેથી વેટરહેડ પર કુલ આવક, આવર્તન, ભાડાની તારીખ, તબીબી/દાંતનો વીમો સૂચવતો પત્ર અથવા 401K ની વિગતો. | <input type="checkbox"/> નાણાંકીય સહાયના એવોર્ડપત્ર/શેડ્યૂલ _____ સેમિસ્ટર |
| <input type="checkbox"/> બેરોજગારીના સ્ટબ/ વિકલાંગતાના એવોર્ડ પત્ર અથવા સ્ટેમ્પવાળું પ્રિન્ટઆઉટ | <input type="checkbox"/> ભાડૂઆત(તો) પાસેથી વિગતવાર પત્ર |
| <input type="checkbox"/> સમર્થનનું નિવેદન (પ્રતિનિધિ દ્વારા પ્રદાન કરાયેલ) | <input type="checkbox"/> સેવાનિવૃત્તિના એવોર્ડ પત્ર |
| <input type="checkbox"/> વેટરહેડ પર એકાઉન્ટ પાસેથી નફા-નુકસાનનું સ્ટેટમેન્ટ. (સહી થયેલ હોવું આવશ્યક છે) | <input type="checkbox"/> સામાજિક સુરક્ષાના એવોર્ડ પત્ર વર્ષ(વર્ષો): _____ |
| | <input type="checkbox"/> નાણાંકીય સહાયનો પુરાવો |

તમામ સંસાધનોનો પુરાવો આ મુજબ આપો: _____

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ | <input type="checkbox"/> વિદેશી માલિકીની સંપત્તિ | <input type="checkbox"/> 401K પ્લાનના સ્ટેટમેન્ટ્સ | <input type="checkbox"/> સ્ટોક્સ/બોન્ડ્સ/CD/IRA |
| <input type="checkbox"/> જીવન વીમા પોલિસીનું રોકડ મૂલ્ય | <input type="checkbox"/> રોકડ | | |

નાણાંકીય સહાયતા ઓફિસનો સમય અને સ્થાન

1 ઇસ્ટ ન્યુ યોર્ક એવેન્યુ

સોમર્સ પોઇન્ટ, NJ 08244

(609) 653-3717 વિકલ્પ 1

સમય: સોમ. - શુક્ર. 8am – 5:30pm

કૃપા કરીને એપોઇન્ટમેન્ટ માટે કોલ કરો

ઇન્ટરવ્યૂની તારીખ: _____ / _____ / _____

ઇન્ટરવ્યૂ લેનાર: _____

ફોલો અપ પ્રતિનિધિ: _____

ટેલિફોન નંબર: _____

ફેક્સ નંબર: _____

ન્યુ જર્સી હોસ્પિટલ સારવારની યુકવણીની સહાયતાનો
કાર્યક્રમ
સહભાગિતા માટે અરજી

ઓળખનો પુરાવો, આવકનો પુરાવો અને સંપત્તિનો પુરાવો આ અરજીની સાથે હોવો આવશ્યક છે. વિનંતી કરેલા તમામ દસ્તાવેજોની નકલ મોકલો.
મૂળ દસ્તાવેજો મોકલવશો નહીં, કારણ કે તે પરત કરવામાં આવશે નહીં.

વિભાગ I - વ્યક્તિગત માહિતી

1. દર્દીનું નામ (છેલ્લો) _____ (પ્રથમ) _____ (મધ્ય) _____	સામાજિક સુરક્ષા નંબર _____ - _____ - _____	
3. અરજીની તારીખ _____ / _____ / _____ મહિનો દિવસ વર્ષ	4. સેવા શરૂ થયાની તારીખ _____ / _____ / _____ મહિનો દિવસ વર્ષ	5. સેવાની વિનંતી કર્યાની તારીખ _____ / _____ / _____ મહિનો દિવસ વર્ષ
6. દર્દીનું શેરીનું સરનામું	7. ટેલિફોન નંબર (_____) _____ - _____	
8. શહેર, રાજ્ય, ઝિપ કોડ	9. કુટુંબમાં સભ્યોની સંખ્યા *	
10. યુ.એસ.ની નાગરિકતા <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> બાકી અરજી	11. એનજે રાજ્યમાં 3 -મહિના નિવાસ કર્યાનો પુરાવો <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	
12. ગેરન્ટરનું નામ (જો દર્દી સિવાય કોઈ અન્ય હોય)		

વિભાગ II - સંપત્તિનો માપદંડ

13. વ્યક્તિગત સંપત્તિ: _____
14. કૌટુંબિક સંપત્તિ: _____
15. સંપત્તિમાં સામેલ છે:
- A. રોકડ _____
- B. બચત ખાતા _____
- C. ચેકિંગ એકાઉન્ટ્સ _____
- D. ડિપોઝિટના પ્રમાણપત્રો / I.R.A. _____
- E. રિયલ એસ્ટેટમાં ઇક્વિટી (મુખ્ય રહેઠાણ સિવાય) _____
- F. અન્ય સંપત્તિઓ (ટ્રેઝરી બિલ્સ, વાટાઘાટના કાગળ, કોર્પોરેટ સ્ટોક્સ અને બોન્ડ્સ) _____
- G. કુલ _____

* કુટુંબમાં પોતે, જીવનસાથી અને કોઈપણ નાના બાળકોનો સમાવેશ થાય છે. ગર્ભવતી સ્ત્રીને બે સભ્યો તરીકે ગણવામાં આવે છે.
સહભાગિતા માટે અરજી (યાવુ)

વિભાગ III – આવકનો માપદંડ

હોસ્પિટલ સારવાર સહાયતા માટેની પાત્રતા નક્કી કરતી વખતે, જીવનસાથીની આવક અને સંપત્તિનો ઉપયોગ પુખ્ત વ્યક્તિ માટે થવો જોઈએ; માતાપિતાની આવક અને સંપત્તિઓનો ઉપયોગ નાના બાળક માટે થવો જોઈએ. આ અરજી સાથે આવકનો પુરાવો આવશ્યક છે.

આવક એ સેવાની તારીખથી પહેલાંના કાં તો બાર મહિના, ત્રણ મહિના કે એક મહિનાની આવકની ગણતરી પર આધારિત છે. દર્દી/કુટુંબની કુલ આવક નીચે આપેલના ઓછાના સમકક્ષ છે:

છેલ્લા 12 મહિના		છેલ્લા 3 મહિના X4		છેલ્લા 1 મહિના
	અથવા		અથવા	

16. આવકના સ્ત્રોતો

		અઠવાડિક	માસિક	વાર્ષિક
A. કપાત પહેલાં પગાર / વેતન _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. સાર્વજનિક સહાય _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. સામાજિક સુરક્ષા લાભો _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. બેરોજગારી અને કામગારનું વળતર _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. વયોવૃદ્ધતા લાભો _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. નિર્વહન ખર્ચ / બાળ સહાય _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. તેમની નાણાંકીય સહાય _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. પેન્શન ચુકવણીઓ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. વીમા અથવા વાર્ષિક ચુકવણીઓ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. ડિવિડન્ડ / વ્યાજ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. _____ ભાડાની આવક _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. ચોખ્ખી વ્યાવસાયિક આવક (સ્વ રોજગારી/ સ્વતંત્ર સ્ત્રોત દ્વારા ચકાસણી) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. અન્ય (હડતાલ લાભો, તાલીમ સ્ટાઇપેન્ડ, લશ્કરી કૌટુંબિક ફાળવણી, વસાહતો અને ટ્રસ્ટમાંથી આવક) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. કુલ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

વિભાગ IV – અરજદાર દ્વારા પ્રમાણ

હું સમજું છું કે હું જે માહિતી સબમિટ કરું છું તે ઉચિત આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા અને ફેડરલ અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા ચકાસણીને પાત્ર છે. આ તથ્યોની ઇરાદાપૂર્વકની ખોટી રજૂઆત કરવી મને બધા હોસ્પિટલ ચાર્જ માટે જવાબદાર ઠરાવશે અને નાગરિક દંડને પાત્ર બનાવશે.

જો આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા દ્વારા આવી વિનંતી કરવામાં આવે તો, હું હોસ્પિટલનાં બિલની ચુકવણી કરવા માટે સરકારી અથવા ખાનગી તબીબી સહાય માટે અરજી કરીશ. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા, આવક અને સંપત્તિ સંબંધિત ઉપરોક્ત માહિતી સત્ય અને સાચી છે.

હું સમજું છું કે મારી આવક અથવા સંપત્તિઓ અંગેની સ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફાર માટે હોસ્પિટલને સલાહ આપવી એ મારી જવાબદારી છે.

17. દર્દી અથવા ગેરન્ટરની સહી

18. તારીખ

દર્દીનું પ્રાથમિક પ્રમાણન

દર્દીનું નામ: _____ એકાઉન્ટ નંબર: _____

સેવાની તારીખ: _____

કૃપા કરીને આધાક્ષર લખો

_____ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરું છું કે મારી/અમારી પાસે કોઈ આવક નથી અને ___ / ___ / ___ થી ___ / ___ / ___ સુધી આવક નહોતી

_____ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરું છું/કરીએ છીએ કે ચેરિટી કેર એપ્લિકેશનમાં સૂચિબદ્ધ કર્યા મુજબ મારી પાસે કોઈ સંપત્તિ નથી.

_____ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે હું બેધર છું અને ___ / ___ / ___ થી બેધર થયો છું/થઈ છું/થયા છીએ હોસ્પિટલમાં મારા પ્રવેશના સમયે મારી પાસે કોઈ તબીબી વીમો નથી તે પ્રમાણિત કરું છું.

_____ હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારું નામ _____ છે. હું ઓળખનો પુરાવો આપી શકતો/શકતી નથી કારણ કે: _____
(કારણ દર્શાવો)

_____ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરું છું/કરીએ છીએ કે મારી/અમારી પાસે આવક છે. અમારી કુલ/રોકડ આવક \$ _____ છે અને અમને _____ આધારે ચુકવણી કરવામાં આવે છે.

આવર્તન

_____ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે \$ _____ ની રકમ માટે ઉપરોક્ત સેવાની તારીખથી સંપત્તિ છે.

_____ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરું છું/કરીએ છીએ કે હું ન્યૂ જર્સીનો/ની નિવાસી છું અને ન્યૂ જર્સીને મારા નિવાસસ્થાન તરીકે રાખવાનો હેતુ છે.

_____ હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં, આ અરજી જેનાથી સંબંધિત છે તેવી તબીબી સેવાઓ માટે (જેમાં કોઈ ખામી નથીનો દાવો, કામગાર વળતર, મકાનમાલિક, અપૂરતો વીમો ધરાવતા અથવા વીમો ન ધરાવતા મોટરચાલકના વીમા લાભી અને ટોર્ટના દાવાઓ સહિત, કોઈપણ મર્યાદા વિના), સમગ્ર અથવા ભાગમાં, હું ચુકવણી મેળવવાનો પ્રયત્ન કરી શકું છું તેવા તૃતીય પક્ષની સામે દાવો કર્યો નથી અને તેમ કરવાનો મારો કોઈ ઇરાદો નથી. હું સમજું છું અને સંમત છું કે, જો કોઈ એવો દાવો કરવામાં આવે તો, Shore Medical Center તેની ચેરિટી કેર પાછી ખેંચી લઈ શકે અને મારી પાસેથી તમામ ચાર્જ વસૂલ કરી શકે. હું દાવો નોંધાવવામાં આવે ત્યારે Shore Medical Center ને સૂચિત કરવા માટે પણ સંમત છું.

_____ દર્દીની સહી

_____ છાપેલ નામ

_____ તારીખ

તબીબી રેકોર્ડ્સ, નાણાંકીય અને વસ્તીવિષયક
માહિતીના પ્રકાશન માટેની અધિકૃતતા

નામ: _____ જન્મ તારીખ _____

સરનામું: _____

સામાજિક સુરક્ષા: _____

હું _____, આથી તમને ADREIMA / Shore Medical Center પર, મારી ઉંમર, રહેઠાણ, નાગરિકતા, રોજગાર, આવક, સંપત્તિઓ અને/અથવા બેંક એકાઉન્ટ સ્ટેટમેન્ટ સાથે સંબંધિત કોઈપણ માહિતી જાહેર કરવા અધિકૃત કરું છું.

તે સમજી શકાય છે કે મેળવેલ માહિતીનો ઉપયોગ ફક્ત સામાજિક સુરક્ષા કાર્યક્રમો અને મેડિકેઇડ માટેની પાત્રતાથી પ્રત્યક્ષ રૂપે સંબંધિત હેતુઓ માટે જ કરવામાં આવશે.

આ જાહેરાતો સ્વેચ્છાપૂર્વક અને મારી પૂર્ણ સમજ સાથે કરવામાં આવે છે.

સહી: _____ તારીખ _____

આ ફોર્મમાં રહેલી માહિતી વિશેષાધિકૃત અને ગોપનીય માહિતી છે જે ફક્ત ઉપર ઉલ્લેખિત નામની વ્યક્તિ અથવા એકમના ઉપયોગ માટે જ છે. જો આ સંદેશનો વાયક પ્રાપ્તકર્તા ન હોય, તો અહીં તમને જાણ કરવામાં આવે છે કે કોઈપણ સંચારનું પ્રસારણ, વિતરણ અથવા તેની કોપિ કરવી સખત પ્રતિબંધિત છે. જો તમને આ સંચાર ભૂલથી થઈ હોય, તો કૃપા કરીને તાત્કાલિક રીતે અમને ટેલિફોન દ્વારા સૂચિત કરો અને U.S. Postal Service દ્વારા ઉપરોક્ત સરનામે અમને મૂળ સંદેશ પાછો મોકલો. આપનો આભાર.

ઓળખાણ/સમર્થનનું સ્ટેટમેન્ટ:

દર્દીનું નામ: _____ એકાઉન્ટ નંબર: _____

સેવાની તારીખ: _____

મારું નામ _____ છે. હું પ્રમાણિત કરું છું કે હું ઉપરોક્ત નામની વ્યક્તિને નીચેના પ્રકારનું સમર્થન અને સહાયતા આપું છું. હું ઉપરોક્ત નામની વ્યક્તિને એક દર્દી તરીકે ઓળખું છું.

હું તેના/તેણીના માટે કોઈપણ હોસ્પિટલ અથવા તબીબી ખર્ચની ચકવણી કરવા જવાબદાર નથી અને ન તો ચકવણી કરી શકું છું.

અહીંથી: ____/____/____ અહીં સુધી: ____/____/____

	હા	ના
ખોરાક:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
આશ્રય:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
રોકડ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\$ _____
રકમ આવર્તન

હું હાલમાં નીચેના સરનામે રહું છું: _____

તે વ્યક્તિ કે જેનાથી આ સંબંધિત હોઈ શકે:

મકાનમાલિક/સમર્થકની સહી

ફોન

નામ પ્રિન્ટ કરો

તારીખ

દર્દીની સહી

તારીખ