



न्यू जर्सी चिकित्सालय देखभाल भुगतान सहायता कार्यक्रम:
भागीदारी के लिए आवेदन

पहचान का प्रमाण, आय का प्रमाण, और परिसंपत्तियों के प्रमाण इस आवेदन-पत्र के साथ अवश्य संलग्न होना चाहिए। सभी अनुरोधित दस्तावेजों की प्रतियाँ भेजें। मूल दस्तावेज ना भेजें, क्योंकि उन्हें वापस नहीं किया जाएगा।

अनुभाग I - व्यक्तिगत जानकारी

1. रोगी का नाम _____ (अंतिम) _____ (प्रथम) _____ (मध्य)		सामाजिक सुरक्षा संख्या _____ - _____ - _____
3. आवेदन का दिनांक _____ / _____ / _____ महीना / दिन / वर्ष	4. सेवा का आरंभिक दिनांक _____ / _____ / _____ महीना / दिन / वर्ष	5. अनुरोधित सेवा का दिनांक _____ / _____ / _____ महीना / दिन / वर्ष
6. रोगी का पता		7. टेलीफोन नंबर () - _____
8. शहर, राज्य, पिन कोड		9. परिवार के सदस्यों की संख्या*
10. अमेरिकी नागरिकता <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लंबित आवेदन-पत्र		11. न्यू जर्सी राज्य में 3-माह निवास का प्रमाण <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
12. जमानतदार का नाम (यदि रोगी के अलावा हो)		13. क्या रोगी 65 वर्ष से अधिक आयु का है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> सीडब्ल्यूएफ शामिल है
14. क्या रोगी बीमा द्वारा कवर किया गया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		

अनुभाग II - परिसंपत्ति मानदंड (कार्यालय उपयोग हेतु)

15. व्यक्तिगत परिसंपत्तियाँ: _____

16. पारिवारिक परिसंपत्तियाँ: _____

17. परिसंपत्तियों में शामिल हैं:

ए. नकद _____

बी. बचत खाते _____

सी. चेक खाते _____

डी. जमा के प्रमाणपत्र / आई.आर.ए. _____

ई. ज़मीन जायदाद में इक्विटी (प्राथमिक निवास के अलावा) _____

एफ. अन्य परिसंपत्तियाँ (ट्रेजरी बिल, परक्राम्य कागज़, कॉर्पोरेट स्टॉक और बॉन्ड) _____

जी. कुल \$ 0.00

* परिवार के सदस्यों की संख्या में स्वयं, जीवनसाथी, और कोई भी अवयस्क बच्चे शामिल हैं। एक गर्भवती महिला को दो पारिवारिक सदस्यों के रूप में गिना जाता है।

भागीदारी के लिए आवेदन-पत्र (क्रमागत)

अनुभाग III - आय के मानदंड

चिकित्सालय देखभाल सहायता के लिए पात्रता निर्धारित करते समय, जीवनसाथी की आय और परिसंपत्तियों का उपयोग अवश्य किसी वयस्क के लिए किया जाना चाहिए; माता-पिता की आय और परिसंपत्तियों का उपयोग अवश्य किसी नाबालिग बच्चे के लिए किया जाना चाहिए। आय का प्रमाण इस आवेदन के साथ अवश्य संलग्न होना चाहिए।

आय सेवा की दिनांक से या तो बारह महीने, या तीन महीने या एक महीने पहले की आय की गणना पर आधारित है।

रोगी / पारिवारिक सकल आय निम्नलिखित से कम के बराबर होती है:

पिछले 12 महीने	या	पिछले 3 महीने X4	या	पिछले 1 महीने X 12

18. आय के स्रोत

साप्ताहिक मासिक वार्षिक

ए. कटौती पूर्व वेतन / मजदूरी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
बी. सार्वजनिक सहायता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
सी. सामाजिक सुरक्षा लाभ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
डी. बेरोजगारी और कर्मकार क्षतिपूर्ति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ई. सैनिकों का लाभ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एफ. निर्वाह-व्यय (एलिमनी) / बाल सहायता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
जी. उनकी आर्थिक सहायता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एच. पेंशन भुगतान	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आई. बीमा या वार्षिक वृत्ति भुगतान	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
जे. लाभांश / ब्याज	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
के. किराया आय	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एल. निवल कारोबार आय (स्वनियोजित / स्वतंत्र स्रोत द्वारा सत्यापित)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एम. अन्य (हड़ताल लाभ, प्रशिक्षण वज़ीफ़े, सैन्य परिवार आवंटन, भूसम्पत्ति और न्यास से आय)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एन. कुल		\$ 0.00	<input type="checkbox"/>

अनुभाग IV - आवेदक द्वारा प्रमाणीकरण

मैं समझता/समझती हूँ कि जो जानकारी मैं प्रस्तुत करता/करती हूँ वह उचित स्वास्थ्य देखभाल सुविधा और संघीय या राज्य सरकारों द्वारा सत्यापन के अधीन है। इन तथ्यों की जानबूझकर मिथ्या प्रस्तुति मुझे चिकित्सालय के सभी शुल्कों और नागरिक दंडों के अधीन उत्तरदायी बना देगी।

यदि स्वास्थ्य देखभाल सुविधा द्वारा ऐसा अनुरोध किया गया है, तो मैं चिकित्सालय बिल के भुगतान के लिए सरकारी या निजी चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करूँगा/करूँगी।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे परिवार के सदस्यों की संख्या, आय और परिसंपत्तियों के बारे में उपरोक्त जानकारी सत्य और सही है।

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी आय या परिसंपत्तियों सम्बंधित स्थिति में किसी भी बदलाव के बारे में चिकित्सालय को सूचना देना मेरा उत्तरदायित्व है।

19. रोगी या गारंटीकर्ता के हस्ताक्षर

20. दिनांक

रोगी प्राथमिक अनुप्रमाणन

रोगी का नाम: _____

नीति संख्या: _____

सेवाओं में कटौती: _____

पता: _____

कृपया आद्याक्षर करें

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते है कि मेरी/हमारी ____ / ____ / ____ से
____ / ____ / ____ कोई आय नहीं है

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मेरे पास धर्मार्थ देखभाल आवेदन-पत्र पर
सूचीबद्ध कोई परिसंपत्ति नहीं है।

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मैं ____ / ____ / ____ से बेघर हूँ।

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मेरे/हमारे पास मेरी चिकित्सालय
सेवाओं के लिए बकाया राशि को कवर करने के लिए कोई चिकित्सा बीमा नहीं है।

_____ मैं अनुप्रमाणित करता हूँ कि मेरा नाम है। _____ मैं पहचान का प्रमाण नहीं दे सकता/सकती
हूँ क्योंकि: _____
(कारण बताएँ)

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि हमारी आय है। हमारी सकल / नकद आय
\$ _____ है और हमें _____ के आधार पर भुगतान मिलता है। _____
आवृत्ति

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मेरे पास उपरोक्त सेवा की दिनांक पर
\$ _____ की राशि की परिसंपत्तियाँ है।

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मैं न्यू जर्सी का/की निवासी हूँ और न्यू जर्सी को
अपने निवास के रूप में रखने का इरादा रखता/रखती हूँ।
यहाँ का/की निवासी हूँ: _____

_____ मैं अनुप्रमाणित करता/ करती हूँ कि मैंने किसी तीसरे पक्ष के विरुद्ध कोई ऐसा दावा नहीं किया है और कि मैं करने
का इरादा नहीं रखता/रखती हूँ जिसमें मैं उन चिकित्सा सेवाओं के लिए, जो इस आवेदन-पत्र से संबंधित है (जिसमें,
बिना सीमा के, कोई गलती न होने के लिए दावे, श्रमिक क्षतिपूर्ति, मकान-मालिक, कम-बीमाकृत या अभीमाकृत
वाहन चालक बीमा लाभ और टॉर्ट दावे शामिल हैं), पूरी तरह से या आंशिक रूप से भुगतान की माँग कर
सकता/सकती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि, यदि ऐसा कोई दावा किया जाता है, तो Hackensack
Meridian Health Pascack Valley Medical Center अपनी धर्मार्थ देखभाल को वापस ले सकता है और मुझसे
सभी शुल्कों का भुगतान माँग सकता है। जब कोई दावा दायर किया जाता है तो मैं Hackensack Meridian Health
Pascack Valley Medical Center को अधिसूचित करने के लिए भी सहमत हूँ।



Hackensack
Meridian *Health*
Pascack Valley
Medical Center

रोगी के हस्ताक्षर

मुद्रित नाम

दिनांक

रोगी प्राथमिक अनुप्रमाणन

रोगी का नाम: _____

नीति संख्या: _____

सेवाओं में कटौती: _____

पता: _____

कृपया आद्याक्षर करें

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते है कि मेरी/हमारी _____ / _____ / _____ से
_____ / _____ / कोई आय नहीं है

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मेरे पास धर्मार्थ देखभाल आवेदन-पत्र पर
सूचीबद्ध कोई परिसंपत्ति नहीं है।

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मैं _____ / _____ से बेघर हूँ।

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मेरे/हमारे पास मेरी चिकित्सालय
सेवाओं के लिए बकाया राशि को कवर करने के लिए कोई चिकित्सा बीमा नहीं है।

_____ है। मैं

पहचान का प्रमाण नहीं दे सकता/सकती हूँ क्योंकि: _____

(कारण बताएँ)

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हैं/करते हैं कि हमारी आय है। हमारी सकल / नकद आय \$
_____ है और हमें

_____ आवृत्ति

_____ के आधार पर भुगतान मिलता है।

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मेरे पास उपरोक्त सेवा की दिनांक पर \$
_____ है।

_____ मैं और / या मेरा जीवनसाथी अनुप्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मैं न्यू जर्सी का/की निवासी हूँ और न्यू जर्सी को
अपने निवास के रूप में रखने का इरादा रखता/रखती हूँ।
_____ यहाँ का/की निवासी:

_____ मैं अनुप्रमाणित करता/ करती हूँ कि मैंने किसी तीसरे पक्ष के विरुद्ध कोई ऐसा दावा नहीं किया है और कि मैं करने
का इरादा नहीं रखता/रखती हूँ जिसमें मैं उन चिकित्सा सेवाओं के लिए, जो इस आवेदन-पत्र से संबंधित है (जिसमें,
बिना सीमा के, कोई गलती न होने के लिए दावे, श्रमिक क्षतिपूर्ति, मकान-मालिक, कम-बीमाकृत या अभीमाकृत
वाहन चालक बीमा लाभ और टॉर्ट दावे शामिल हैं), पूरी तरह से या आंशिक रूप से भुगतान की माँग कर
सकता/सकती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ और सहमत हूँ कि, यदि ऐसा कोई दावा किया जाता है, तो हैकेनसैक
मेरिडियन हेल्थ पासकैक वैली मेडिकल सेंटर अपनी धर्मार्थ देखभाल को वापस ले सकता है और मुझसे सभी शुल्कों
का भुगतान माँग सकता है। जब कोई दावा दायर किया जाता है तो। मैं हैकेनसैक मेरिडियन हेल्थ पासकैक वैली
मेडिकल सेंटर को अधिसूचित करने के लिए भी सहमत हूँ।

रोगी के हस्ताक्षर

मुद्रित नाम

दिनांक