

## ન્યુ જર્સી હોસ્પિટલ કેર ચુકવણી સહાય પ્રોગ્રામ સહભાગિતા માટેની અરજી

ઓળખનો પુરાવો, આવકનો પુરાવો, અને મિલકતોનો પુરાવો આ અરજી સાથે જોડવો ફરજિયાત છે.  
તમામ વિનંતી કરાયેલા દસ્તાવેજોની નકલો મોકલો. મૂળ દસ્તાવેજો મોકલશો નહીં, કારણકે તેમને પરત કરવામાં આવશે નહીં.

### વિભાગ I – વ્યક્તિગત માહિતી

1. દર્દીનું નામ  _____ (અંતિમ) _____ (પ્રથમ) _____ (એમઆઇ)		સામાજિક સુરક્ષા નંબર  _____ - _____ - _____
3. અરજીના તારીખ  _____ મહિનો / _____ દિવસ / _____ વર્ષ	4. સેવાની શરૂઆતના તારીખ  _____ મહિનો / _____ દિવસ / _____ વર્ષ	5. સેવાની વિનંતી કરાયેલ તારીખ  _____ મહિનો / _____ દિવસ / _____ વર્ષ
6. દર્દીનું સ્ટ્રીટ સરનામું		7. ટેલિફોન નંબર  (_____) _____ - _____
8. શહેર, રાજ્ય, ઝિપ કોડ		9. પરિવારનું કદ *
10. યુ.એસ.ના રાષ્ટ્રીયતા <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> બાકી અરજી		11. અનજના રાજ્યમાં 3-મહિનાના વસવાટના પુરાવા <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
12. બાહેધરી આપનારનું નામ (જો દર્દી સિવાય અન્ય હોય તો)		13. શું દર્દી 65 વર્ષ કરતાં મોટી ઉંમરનો છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> સીડબલ્યુએફ સમાવિષ્ટ
14. શું દર્દી વીમાથી રક્ષિત છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના		

### વિભાગ II – આવકના માપદંડ

15. વ્યક્તિગત મિલકતો: \_\_\_\_\_
16. પરિવારની મિલકતો: \_\_\_\_\_
17. મિલકતો સમાવિષ્ટ કરે છે:

- A. રોકડ \_\_\_\_\_
- B. બચત ખાતા \_\_\_\_\_
- C. ચેકિંગ ખાતા \_\_\_\_\_
- D. થાપણના પ્રમાણપત્રો/આઇ.આર.એ. \_\_\_\_\_
- E. સ્થાવર મિલકતમાં ઇક્વિટી (પ્રાથમિક વસવાટથી અલગ) \_\_\_\_\_
- F. અન્ય મિલકતો (ટ્રેઝરી બિલો, નેગોશીએબલ પેપર, કોર્પોરેટ સ્ટોકસ અને બોન્ડ્સ) \_\_\_\_\_
- કુલ ટોટલ \_\_\_\_\_

\* પરિવારનું કદ પોતાને, પતિ-પત્નીને અને કોઈ સગીર બાળક હોય તો તેને સમાવિષ્ટ કરે છે. ગર્ભવતી સ્ત્રીને બે પારિવારિક સદસ્યો તરીકે ગણવામાં આવે છે.

સહભાગીતાની અરજી (ચાલુ)

### વિભાગ III – આવકના માપદંડ

હોસ્પિટલ કેર માટેની પાત્રતા નક્કી કરતી વખતે પતિ/પત્નીની આવક અને મિલકતોને એક પુખ્ત વયના વ્યક્તિ માટે ઉપયોગ કરવામાં આવશે; માતા-પિતાની મિલકતોને એક સગીર માટે ઉપયોગ કરવાં આવશે. આવકનો પુરાવો આ અરજી સાથે જોડવો ફરજિયાત છે.

આવક સેવાની તારીખ પહેલા કાં તો 12 મહિના, ત્રણ મહિના અથવા એક મહિનાની ગણતરીના ધોરણે આધાર રાખે છે.

દર્દી/પરિવારની કુલ આવક નીચે દર્શાવ્યા પ્રમાણે તેના બરાબર અથવા તેનાથી ઓછી હોય છે:

છેલ્લા 12 મહિના	છેલ્લા 3 મહિના	છેલ્લા 1 મહિના	છેલ્લા 1 મહિના
	X4	X12	X13

18 આવકના સ્ત્રોતો

	સાપ્તાહિક	માસિક	વાર્ષિક
A. કપાત પહેલા પગાર / વેતન	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. જાહેર સહાય	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. સામાજિક સુરક્ષા લાભો	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. બેરોજગારી અને કામદારોનું વળતર	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. સેવા નીવૃત્ત સૈનિકને મળતાં ફાયદાઓ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. જીવન નિર્વાહ/ બાળ આધાર	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. તેમનો નાણાકીય સર્પોર્ટ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. પેન્શન ચુકવણીઓ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. વીમા અથવા એન્યુઇટીની ચુકવણીઓ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. ડિવિડન્ડ / વ્યાજ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. ભાડાની આવક	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. ચોખ્ખી ધંધાની આવક (સ્વ-રોજગારી/સ્વતંત્ર સ્ત્રોત દ્વારા ચકાસણી કરવામાં આવેલ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. અન્ય (હડતાળના લાભો, તાલીમ ભથ્થાઓ, સેના પરિવારની ફાળવણી, જમીન-જાગીર અને ટ્રસ્ટોની આવક)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. કુલ ચોખ્ખું ટોટલ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### વિભાગ IV - અરજદાર દ્વારા પ્રમાણપત્ર

હું સમજુ છું કે હું જે માહિતી આપું છું તે યોગ્ય આરોગ્ય કાળજી સુવિધા અને કેન્દ્રિય અથવા રાજ્ય સરકારો દ્વારા ચકાસણીને આધીન છે. હકીકતોનું જાણી જોઈને ઈરાદાપૂર્વક કરવામાં આવેલી ખોટી રજૂઆત તમામ હોસ્પિટલ ચાર્જિસ અને નાગરિક દંડને આધીન રહીને મને જવાબદાર બનાવશે.

જો તે આરોગ્ય કાળજી સુવિધા દ્વારા વિનંતી કરવામાં આવે, તો હું હોસ્પિટલ બિલની ચુકવણી માટે સરકારી અથવા ખાનગી તબીબી સહાય માટે અરજી કરીશ.

હું પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપર આપેલ મારા પરિવારના કદ, આવક અને સંપત્તિની માહિતી સાચી અને યોગ્ય છે.

હું સમજુ છું કે મારી આવક અથવા સંપત્તિઓના સંદર્ભમાં પ્રવર્તમાન કોઈ પણ ચાર્જ વિશે હોસ્પિટલને સલાહ આપવી તે મારી જવાબદારી છે.

19. દર્દી અથવા બાંહેધરી આપનારની સહી

20. તારીખ

## દર્દીની પ્રાથમિક પ્રમાણિતતા

દર્દીનું નામ: \_\_\_\_\_ ખાતા સંખ્યા: \_\_\_\_\_

સેવાની તારીખ: \_\_\_\_\_

### કૃપા કરીને પ્રારંભિક

\_\_\_\_\_ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે હું/અમે કોઈ આવક ધરાવતા નથી અને અમને  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ થી \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ સમય સુધી કોઈ આવક થયેલ નથી.

\_\_\_\_\_ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે મારી ચેરિટી કેર અરજીમાં દર્શાવ્યા પ્રમાણે કોઈ સંપત્તિઓ  
નથી.

\_\_\_\_\_ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે હું ઘર વિહોણો છું અને અમે \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ તારીખથી ઘર  
વગરના છીએ.

\_\_\_\_\_ હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારી પાસે હોસ્પિટલમાં મારા દાખલ સમયે કોઈ તબીબી વીમો નથી.

\_\_\_\_\_ હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારું નામ \_\_\_\_\_ હું ઓળખનો પુરાવો આપી શકું તેમ નથી

કારણકે: \_\_\_\_\_

(કારણ આપો)

\_\_\_\_\_ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે હું/અમે આવક ધરાવીએ છીએ. અમારી કુલ/રોકડ આવક  
\$ \_\_\_\_\_ છે અને અમને \_\_\_\_\_ ના ધોરણે ચુકવણી કરવામાં આવે છે.

આવર્તન

\_\_\_\_\_ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે મારી પાસે \$ \_\_\_\_\_ ની સંપત્તિ ઉપર જણાવેલ  
સેવાની તારીખ પહેલાની છે.

\_\_\_\_\_ હું અને/અથવા મારા પતિ/પત્ની પ્રમાણિત કરીએ છીએ કે હું ન્યુ જર્સીનો રહીશ છું અને ન્યુ જર્સીને મારા રહેઠાણ  
તરીકે રાખવા ઈચ્છું છું.

\_\_\_\_\_ હું પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજીને સંલગ્ન (કોઈ પણ મર્યાદા રહિત, કોઈ પણ ખામી માટે ના દાવા રહિત, કામદારોના  
ભેથા, મકાન માલિકો, અલ્પ વિમિત અથવા બિન-વિમિત મોટર વીમાના લાભો અને અપકૃત્યના દાવા સહિત) મેં  
ત્રાહિત પક્ષ સામે કોઈ પણ પ્રકારની તબીબી સેવાઓ માટેની ચુકવણીઓ, પુરેપરી અથવા આંશિક, ઇચ્છતો હોઉં તેવો  
દાવો કયો નથી અથવા કરવા માંગતો નથી. હું સમજું છું અને સહમત છું કે જો આવો કોઈ પણ પ્રકારનો દાવો કરવામાં  
આવશે તો જેફરસન હેલ્થ તેની ચેરિટી કાળજી પાછી ખેંચી શકે છે અને મારી પાસેથી તમામ ચાર્જિસને વસૂલી શકે છે.  
જ્યારે કોઈ દાવો દાખલ કરવામાં આવે તો જેફરસન હેલ્થને હું માહિતગાર કરવા પણ સહમત થઉં છું.

\_\_\_\_\_ દર્દીની સહી

\_\_\_\_\_ પ્રિન્ટ કરેલું નામ

\_\_\_\_\_ તારીખ

## ન્યુ જર્સી તરફથી નિષેધોની પ્રમાણિતતા હોસ્પિટલ સહાય પ્રોગ્રામ

મને, \_\_\_\_\_, ને માહિતગાર કરવામાં આવેલ છે કે

દર્દીનું નામ

ન્યુ જર્સી હોસ્પિટલ સહાય પ્રોગ્રામ (એનજેએચએપી) માત્ર જેફરસન હેલ્થ બિલિંગ માટે જ છે.

હું સમજુ છું કે મારી કાળજી સાથે જોડાયેલી ખાનગી ચિકિત્સકની ફી માટે હું જવાબદાર છું. આકસ્મિકતા વિભાગના ચિકિત્સકો, એવા ચિકિત્સકો જે પ્રયોગોને વાંચી અને તેનું અર્થઘટન શકે છે, જેમકે રેડિઓલોજિસ્ટ, પેથોલોજિસ્ટ, અને કાર્ડિઓલોજિસ્ટ, એનેસ્થેસીઓલોજિસ્ટ, અને તમામ અન્ય રીતે સારવાર કરતાં ચિકિત્સકો એનજેએચએપી ડિસ્કાઉંટ આપે તે જરૂરી નથી.

હું વધુમાં સમજુ છું કે મારે મારી કાળજીમાં અથવા ચિકિત્સકના કાર્યાલય અથવા બિલિંગ કંપની તરફથી મળતી પ્રત્યક્ષ સેવાઓ માટે સમાવિષ્ટ તમામ ચિકિત્સકો માટે અલગથી ચુકવણીની વ્યવસ્થાઓ કરવાની રહેશે.

દર્દીની સહી

તારીખ