

E. પીઠ વ્યક્તિના લાભો	_____			
F. ભરણપોષણ/બાળ સહાયતા	_____			
G. અન્ય નાણાકીય આધાર	_____			
H. પેન્શનની ચૂકવણીઓ	_____			
I. વીમો અથવા વાર્ષિક વેતનની ચૂકવણીઓ	_____			
J. ડિવિડન્ડ/વ્યાજ	_____			
K. ભાડાની આવક	_____	■		
L. ચોખ્ખી વ્યાપારી આવક (સ્વરોજગાર/સ્વતંત્ર સ્રોત દ્વારા ખરાઈ)	_____	■	■	■
M. અન્ય (હડતાળના લાભો, તાલીમ માટે સ્ટાઈપેન્ડ, લશ્કરી પરિવાર ફાળવણી, એસ્ટેટ અને ટ્રસ્ટમાંથી આવક)	_____	■	■	■
N. કુલ	_____	■	■	■

વિભાગ IV – અરજદાર દ્વારા પ્રમાણપત્ર

હું સમજું છું કે હું જે માહિતી સુપ્રત કરું છું તે યોગ્ય સ્વાસ્થ્યસંભાળ સુવિધા અને ફેડરલ અથવા રાજ્ય સરકારો દ્વારા ખરાઈને આધીન છે. આ હકીકતોની ઈરાદાપૂર્વક ખોટી રજૂઆતથી હું હોસ્પિટલના બધા ચાર્જ માટે જવાબદાર બનીશ અને નાગરિક દંડને આધીન આવીશ.

જો સ્વાસ્થ્યસંભાળ સુવિધા દ્વારા વિનંતી કરવામાં આવે તો હું હોસ્પિટલના બિલની ચૂકવણી માટે સરકારી અથવા ખાનગી તબીબી મદદ માટે અરજી કરીશ.

હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા કુટુંબના કદ, આવક અને સંપત્તિઓ વિશેની ઉપરોક્ત માહિતી સાચી અને ખરી છે. હું સમજું છું કે મારી આવક સાથેના સંબંધમાં સ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફાર અંગે હોસ્પિટલને જાણ કરવી એ મારી જવાબદારી છે.

18. દર્દી અથવા જામીનની સહી

19. તારીખ

ન્યૂ જર્સી હોસ્પિટલ કેઅર આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ

સહભાગિતા માટે અરજીનો નિર્ણય

વિભાગ I – અરજદારની માહિતી

1. દર્દીનું નામ		2. કુટુંબનું કદ	
3. સેવાની તારીખ	4. નિર્ણયની તારીખ	5. મુદત વીતવાની તારીખ	
6. આવકની ગણતરી ■ 12 મહિના ■ 3 મહિના	13 અઠવાડિયા x 4 ■ 1 મહિનો x 12	7. કુલ આવક	

વિભાગ II – મેડિકેઈડ નક્કી કરવાની પ્રક્રિયા

8. સાર્વજનિક સહાયતા માટે ભલામણ કરવામાં આવી હતી

■ હા ■ ના સમજાવો: _____

વિભાગ III - નિર્ણય

ન્યૂ જર્સી હોસ્પિટલ કેઅર આસિસ્ટન્સ માટેની તમારી વિનંતી મંજૂર કરવામાં આવી છે. તમારી નાણાકીય જવાબદારી એ _____ ના રોજ શરૂ થતી સેવાઓ માટે હોસ્પિટલ બિલના _____% છે. સેવાની પ્રારંભિક તારીખથી _____ મહિનાના સમયગાળા માટે કોઈપણ ભાવિ હોસ્પિટલ સેવાઓ માટે હોસ્પિટલના દરોના _____%ની સહાયતા હોસ્પિટલ પૂરી પાડી શકે છે.

ન્યૂ જર્સી હોસ્પિટલ કેઅર આસિસ્ટન્સ માટેની તમારી વિનંતી નકારવામાં આવી છે, કારણ કે તમે યોગ્યતાની જરૂરિયાતો પૂરી કરતા નથી. ગેરલાયકાત માટેની ચોક્કસ કારણો આ પ્રમાણે છે:

- આવકના દસ્તાવેજો આપ્યા નથી. *
- સંપત્તિના દસ્તાવેજો આપ્યા નથી. **
- આવક યોગ્યતાના માપદંડોથી વધી જાય છે.
- સંપત્તિઓ યોગ્યતાના માપદંડોથી વધી જાય છે.
- દર્દીને મેડિકેઈડની ભલામણ કરવામાં આવી
- મેડિકેઈડ નકારવામાં નિષ્ફળતા
- અન્ય _____

*અરજદાર એટલા માટે ગેરલાયક જણાયા કે ચોક્કસ માહિતી પૂરી પાડવામાં આવી ન હતી, આ માહિતી હોસ્પિટલને મોકલવી જોઈએ:

HACKENSACK UNIVERSITY MEDICAL CENTER
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM
100 First Street Suite 300
Hackensack, New Jersey 07601
Financial Assistance Department
ટેલિફોન: (551)996-4343
ફેક્સ: (551)996-4333

**યોગ્યતાથી વધી જાય તેવી સંપત્તિઓ ધરાવતા અરજદારો પાસે હોસ્પિટલના બિલ પ્રતિ વધારાની સંપત્તિઓ "ખર્ચી નાખવાનો" વિકલ્પ છે. જો તમે તમારા હોસ્પિટલના બિલ માટે _____ ચૂકવો તો ન્યૂ જર્સી હોસ્પિટલ કેઅર આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ હેઠળ _____% માટે બાકીનું બેલેન્સ યોગ્ય માનવામાં આવી શકે છે.

મૂલ્યાંકનકારનું નામ	શીર્ષક
સહી	તારીખ

કાર્યક્રમ વિશે પ્રશ્નો હોય તેવા અરજદારો આ સરનામે સંપર્ક કરી શકે

New Jersey State Department of Health
HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM
CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360
ટેલિફોન નંબર 1-866-588-5696