



## New Jersey Hospital Care Assistance Program

### सहभागिता के लिए आवेदन-पत्र

इस आवेदनपत्र के साथ - पहचान, आय, तथा परिसम्पत्तियों का प्रमाण अवश्य होना चाहिए। अनुरोध किए गए सभी प्रलेखों की प्रतियां इस पते पर भेजें:

HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Financial Assistance Department कृपया मूल प्रलेख न भेजें, क्योंकि उन्हें वापस नहीं लौटाया जा जाएगा।

### अनुभाग I – व्यक्तिगत सूचना

1. मरीज का नाम  (अंतिम) (प्रथम) (मध्य)			2. सोशल सिक्योरिटी संख्या		
3. आवेदन तिथि:  माह दिन वर्ष		4. सेवा की प्रारम्भ तिथि  माह दिन वर्ष		5. सेवा की अनुरोध की गई तिथि  माह दिन वर्ष	
6. मरीज का सड़क पता			7. टेलीफोन संख्या		
8. शहर, राज्य, जिप कोड			9. परिवार का आकार*		
10. U.S. नागरिकता  <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> विचाराधीन आवेदन-पत्र			11. NJ राज्य में 3 माह निवास का प्रमाण  <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं		
12. गारंटीकर्ता का नाम (यदि मरीज के अलावा कोई अन्य हो)  (अंतिम) (प्रथम) (मध्य)			13. क्या मरीज के पास बीमा का कवर है? हां अथवा नह  कम्पनी का नाम पता		

### परिवार के पत्र सदस्य, आवेदक समेत

नाम	जन्म तिथि	SS संख्या	व्यवसाय	मासिक वेतन

### अनुभाग II – परिसम्पत्ति मानदण्ड

14. पृथक परिसम्पत्तियां	
15. परिवार की परिसम्पत्तियां	
16. परिसम्पत्तियों में शामिल हैं:	
A. नकद	
B. बचत खाते	
C. चेकिंग खाते	
D. जमा प्रमाणपत्र/I.R.A	
E. रियल इस्टेट में ईक्विटी (प्राथमिक निवास के अतिरिक्त)	
F. अन्य परिसम्पत्तियां (ट्रेजरी बिल, निगोशिएबल पेपर, कॉरपोरेट स्टॉक्स तथा बॉण्ड्स)	
G. कुल योग	

\*परिवार आकार में - स्वयं, जीवनसाथी तथा अल्पवयस्क बच्चे शामिल होते हैं। एक गर्भवती महिला की गणना परिवार के दो सदस्य के रूप में की जाती है।

### अनुभाग III – आय मानदण्ड

अस्पताल सेवा सहायता के लिए पात्रता का निर्धारण करते समय - एक वयस्क के लिए जीवनसाथी की आय एवं परिसम्पत्तियों का प्रयोग किया जाना आवश्यक है; एक अवयस्क बच्चे के लिए अभिभावकों की आय एवं परिसम्पत्तियों का प्रयोग किया जाना आवश्यक है। इस आवेदनपत्र के साथ - आय प्रमाण अवश्य होना चाहिए।

आय की गणना - सेवा की तिथि से बारह महीनों, तीन महीनों अथवा 1 महीने पूर्व की आय - पर आधारित होती है।

मरीज/परिवार की सकल आय, निम्नलिखित में से - सबसे कम - के बराबर हो:

अंतिम 12 महीने	अथवा	अंतिम 3 महीने X 4	अथवा	अंतिम 1 महीना X 12

### 17. आय स्रोत

		साप्ताहिक	मासिक	वार्षिक
A. कटौती पूर्व वेतन/पारिश्रमिक	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. लोक सहायता	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. सोशल सिक्योरिटी लाभ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. बेरोजगारी तथा कर्मचारी क्षतिपूर्ति	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. भूतपूर्व सैनिक लाभ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. निर्वाह व्यय/बाल सहायता	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. अन्य मौद्रिक सहायता	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. पेंशन भुगतान	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. बीमा अथवा वार्षिकी भुगतान	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. लाभांश/ब्याज	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. किराए की आय	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. शुद्ध व्यावसायिक आय (स्व-नियोजित/स्वतंत्र स्रोत द्वारा सत्यापित)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. अन्य (हड़ताल लाभ, प्रशिक्षण वृत्तिका, सैन्य पारिवारिक आवंटन, इस्टेट एवं न्यास से आय)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. कुल योग	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### अनुभाग IV – आवेदक द्वारा प्रमाणन

मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत की जाने वाली सूचना - उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा फैसिलिटी तथा संघ अथवा राज्य सरकारों द्वारा सत्यापन के विषयाधीन होगी। इन तथ्यों की सोद्देश्यपूर्ण मिथ्या प्रस्तुति की स्थिति में मैं अस्पताल के सभी व्ययों के लिए उत्तरदायी होऊंगा तथा सिविल दण्डों के विषयाधीन होऊंगा।

स्वास्थ्य सेवा फैसिलिटी द्वारा अनुरोध किए जाने पर मैं अस्पताल बिल के भुगतान हेतु सरकारी अथवा निजी चिकित्सीय सहायता के लिए आवेदन करूंगा।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे परिवार आकार, आय तथा परिसम्पत्तियों के सम्बन्ध में उपरोक्त सूचना - सत्य एवं सही है। मैं समझता हूँ कि मेरी आय की स्थिति में किसी परिवर्तन के सम्बन्ध में सूचित करने की जिम्मेदारी मेरी है।

**New Jersey Hospital Care Assistance Program**  
सहभागिता के लिए आवेदन-पत्र का निर्धारण

**अनुभाग I – आवेदक सूचना**

1. मरीज का नाम		2. परिवार का आकार	
3. सेवा तिथि		4. निर्धारण तिथि	5. एकसपायी तिथि
6. आय अभिकलन	<input type="checkbox"/> 12 माह <input type="checkbox"/> 3 माह	<input type="checkbox"/> सप्ताह x 4 <input type="checkbox"/> 1 माह x 12	7. कुल आय

**अनुभाग II – Medicaid निर्धारण**

8. क्या लोक सहायता के लिए अभिनिर्देशन किया गया था

हां  नहीं विवरण दें: \_\_\_\_\_

**अनुभाग III – निर्धारण**

New Jersey Hospital Care Assistance के लिए आपके अनुरोध को अनुमोदित कर दिया गया है। आपकी वित्तीय जिम्मेदारी - \_\_\_\_\_ को आरम्भ होने वाली सेवाओं के लिए अस्पताल बिल का \_\_\_\_\_% है। अस्पताल, सेवा की आरम्भिक तिथि से \_\_\_\_\_ महीनों की अवधि के लिए - भविष्य की किन्हीं अस्पताल सेवाओं के लिए - अस्पताल शुल्कों के \_\_\_\_\_% की सहायता प्रदान कर सकता है।

New Jersey Hospital Care Assistance के लिए आपकी पात्रता को अस्वीकृत कर दिया गया है, क्योंकि आप पात्रता शर्तों पर खरे नहीं उतरते हैं। अपात्रता के लिए विशिष्ट कारण निम्नानुसार हैं:

आय के प्रलेख नहीं प्रदान किए गए हैं। \*

परिसम्पत्तियों के प्रलेख नहीं प्रदान किए गए हैं। \*\*

आय, पात्रता मानदण्ड से अधिक है।

परिसम्पत्तियां, पात्रता मानदण्ड से अधिक हैं।

मरीज को Medicaid में संदर्भित किया गया

Medicaid प्रदान करने में विफलता अस्वीकृति

अन्य \_\_\_\_\_

\*विशिष्ट सूचना न प्रदान किए जाने के आधार पर अपात्र पाए गए आवेदकों द्वारा अस्पताल को यह सूचना प्रदान करनी चाहिए:

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

\*\*पात्रता से अधिक परिसम्पत्तियों वाले आवेदक के पास - अतिरिक्त परिसम्पत्तियों को, अस्पताल बिल के लिए "व्यय" करने का विकल्प है। यदि आप अस्पताल बिल के लिए \_\_\_\_\_ का भुगतान करते हैं, तो शेष राशि को New Jersey Hospital Care Assistance Program के अन्तर्गत \_\_\_\_\_% के लिए पात्र माना जा सकता है।

मूल्यांकनकर्ता का नाम	उपाधि
हस्ताक्षर	तिथि

आवेदक के पास कार्यक्रम के बारे में कोई प्रश्न होने पर वे निम्नलिखित पते पर सम्पर्क कर सकते हैं

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

REV. 12/21/2015