



نیو جرسی ہاسپٹل کیئر اسسٹنس پروگرام
شرکت کیلئے ادائیگی

اس درخواست کے ساتھ لازمی طور پر شناختی، آمدنی اور اثاثوں کے ثبوت ہونے چاہئیں۔ تمام مطلوبہ دستاویزات کی کاپیاں بھیجیں۔
HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 برائے توجہ: فائنانشیل اسسٹنس ڈپارٹمنٹ۔ اصل دستاویزات نہ بھیجیں کیونکہ انہیں واپس نہیں کیا جائے گا۔

سیکشن I – ذاتی معلومات			
1. ریاض کا نام:	(آخری)	(پہلا)	2. سوشل سیکیورٹی نمبر
3. درخواست کی تاریخ	4. خدمت کی شروعات کی تاریخ	5. خدمت کی درخواست کردہ تاریخ	6. مریض کے گھر کا پتہ
مہینہ دن سال	مہینہ دن سال	مہینہ دن سال	مہینہ دن سال
7. فون نمبر	8. شہر، ریاست، زپ کوڈ	9. خاندان کی جسامت	10. امریکی شہریت
11. ریاست نیو جرسی (NJ) میں 3 مہینے تک رہائش کا ثبوت	12. ضمانتی کا نام (اگر مریض کے علاوہ کوئی ہو)	13. کیا مریض کا بیمہ کا احاطہ ہے؟	14. مریض کے گھر کا پتہ
ہاں یا نہیں	ہاں یا نہیں	ہاں یا نہیں	ہاں یا نہیں
15. مریض کے گھر کا پتہ	16. مریض کے گھر کا پتہ	17. مریض کے گھر کا پتہ	18. مریض کے گھر کا پتہ

خاندان کے اہل اراکین، بشمول درخواست دہندہ

نام:	تاریخ پیدائش	NHS نمبر:	پیشہ	مابانہ تنخواہ

*خاندان کی جسامت میں شامل ہیں خود، شریک حیات اور چھوٹے بچے۔ کسی حاملہ عورت کو خاندان کے دو رکن کے طور پر گنا جائے گا۔

سیکشن II – اثاثوں کا معیار

14. انفرادی اثاثے	
15. خاندانی اثاثے	
16. اثاثوں میں شامل ہیں	
A. نقد	
B. بچت کھاتہ	
C. چالو کھاتہ	
D. ڈپازٹس کا سرٹیفیکٹ/I.R.A.	
E. غیر منقولہ جائیداد میں حصہ (بنیادی رہائش گاہ کے علاوہ)	
F. دیگر اثاثے (ٹریڈری بلس، قابل گفت و شنید کاغذات، کارپوریٹ اسٹاکس اور بانڈز)	
G. کل	

سیکشن III - آمدنی کا معیار

ہسپتال کی نگہداشت کے لیے اعانت کی اہلیت کا تعین کرتے وقت، شریک حیات کی آمدنی اور اثاثوں کو ایک بالغ کے لیے؛ کسی نابالغ بچے کی آمدنی کے لیے اس کے والدین کی آمدنی کا استعمال کیا جانا ضروری ہے۔ اس درخواست کے ساتھ آمدنی کا ثبوت لازمی طور پر ہونا چاہیے۔

آمدنی خدمت کی تاریخ سے قبل کے یا تو بارہ مہینے، تین مہینے یا ایک مہینے کے حساب پر مبنی ہے۔

مریض/خاندان کی مجموعی آمدنی درج ذیل سے کم تر کے مساوی ہے:

گزشتہ 1 مہینے X 12	یا	گزشتہ 3 مہینے X 4	یا	گزشتہ 12 مہینے

17. آمدنی کا ذریعہ

	سالانہ	ماہانہ	ہفتہ واری
A. کٹوتیوں سے قبل تنخواہ/اجرتیں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. سرکاری امداد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. سوشل سیکیورٹی بینیفٹس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. بے روزگاری اور کارکن کا معاوضہ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. سابق فوجی کا وظیفہ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. گزارہ خرچ/چائلڈ سپورٹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. دیگر مالیاتی اعانت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. پنشن والی ادائیگیاں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. بیمہ یا سالانہ وظیفہ کی ادائیگیاں	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. حصص کا منافع/سود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. کرایے کی آمدنی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. خالص کاروباری آمدنی (اپنا روزگار/ آزاد ذریعہ سے تصدیق)

M. دیگر (ہڑتال کا وظیفہ، تربیت کا وظیفہ،

ملٹری فیملی الاٹمنٹس، جائیدادوں اور

ٹرسٹ سے آمدنی)

N. کل

سیکشن IV - درخواست دہندہ کے ذریعہ تصدیق

مجھے معلوم ہے کہ میں نے جو معلومات جمع کی ہے اس کی تصدیق موزوں نگہداشت صحت کی سہولت اور وفاقی یا ریاستی حکومتوں کے ذریعہ کی جائے گی۔ جان بوجھ کر ان حقائق سے متعلق غلط بیانی سے میں ہسپتال کے تمام چارجز کا دین دار بن جاؤں گا/گی اور سول سزاؤں کا مستوجب ہوں گا/گی۔

اگر نگہداشت صحت کے ادارے کے ذریعہ طلب کیا جائے تو، میں ہسپتال کا بل ادا کرنے کے لیے سرکاری یا پرائیوٹ طبی اعانت کے لیے درخواست دوں گا/گی۔

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے خاندان کی جسامت، آمدنی، اور اثاثوں کے بارے میں مذکورہ بالا معلومات درست اور صحیح ہے۔ مجھے معلوم ہے کہ ہسپتال کو اپنی آمدنی میں کسی تبدیلی کے بارے میں بتانا میری ذمہ داری ہے۔

جن درخواست دہندگان کا پروگرام کے بارے میں سوال ہے وہ درج ذیل سے رابطہ کر سکتے ہیں
ریاست نیوجرسی محکمہ صحت

HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM

CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360

ہمارا ٹیلیفون نمبر 1-866-588-5696 ہے۔

نظر ثانی 01/15/2014