

# ન્યુ જર્સી હોસ્પિટલ કેર આસીસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ

## સહભાગિતા માટે અરજી

ઓળખનું પ્રમાણપત્ર, આવકનું પ્રમાણપત્ર, અને મિલ્કતનું પ્રમાણપત્ર આ અરજી સાથે સુપરત કરવી જરૂરી છે.  
વિનંતી કરવામાં આવેલ તમામ દસ્તાવેજની નકલો મોકલો: JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn: Admitting Department  
મુળ દસ્તાવેજોની નકલો મોકલવી નહી કારણકે તે પરત કરવામાં આવશે નહીં

વિભાગ I — વ્યક્તિગત માહિતી										
1. દર્દીનું નામ					2. સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર					
(છેલ્લું નામ)		(પહેલું નામ)		(M.I.)						
3. અરજીની તારીખ			4. સેવા શરુ થવાની તારીખ			5. સેવાની વિનંતી કરવામાં આવેલી તારીખ				
મહિનો	દિવસ	વર્ષ	મહિનો	દિવસ	વર્ષ	મહિનો	દિવસ	વર્ષ		
6. દર્દીની શેરીનું સરનામું					7. ટેલિફોન નંબર					
8. શહેર, રાજ્ય અને ઝીપ કોડ				9. પરિવારનું કદ*						
				#	નામ			જન્મ તારીખ		
10. યુ.એસ.નાગરિકતા					11. એન.જે. ના રાજ્યોમાં 3 મહિનાના રહેણાંકનું પ્રમાણપત્ર					
હા	ના		બાકી અરજીઓ	હા	ના					
12. બાહેધરી આપનારનું નામ (જો દર્દી સિવાયનું અન્ય કોઈ હોય તો)/અન્ય										
વિભાગ II—મિલ્કતના પરિમાણ										
13. વ્યક્તિગત મિલ્કતો:										
14. પારિવારિક મિલ્કતો:										
15. મિલ્કતોમાં સમાવાયેલ:										
A. રોકડ										
B. બચતખાતું										
C. ચકાસણી એકાઉન્ટ્સ										
D. ડિપોઝિટના પ્રમાણપત્રો /I.R.A.s										
E. રીઅલ એસ્ટેટમાં ઇક્વિટી (પ્રાથમિક નિવાસ સિવાય)										

F. અન્ય મિલકતો (ટ્રેઝરી બિલ્સ, નેગોશીએબલ પેપર્સ, કોર્પોરેટ સ્ટોક્સ અને બોન્ડ્સ)	
G. કુલ	
કુલ	
<b>*પારિવારિક કદમાં પોતે, પતિ અથવા પત્ની, અને સગીરવયનું કોઇપણ બાળક. ગર્ભવતી મહિલાને પરિવારના બે સભ્યો તરીકે ગણવામાં આવશે.</b>	
જ્યારે હોસ્પિટલ કેર આસિસ્ટન્સ માટે પાત્રતા નક્કી કરો ત્યારે, પુત્ર માટે પતિ-પત્ની આવક અને મિલકતો ગણાવી જ જોઈએ; માતા(ઓ)-પિતા (ઓ)ની આવક અને મિલકત ગણાવી જ જોઈએ	

### વિભાગ III—આવકના માપદંડ

- જ્યારે હોસ્પિટલ કેર આસિસ્ટન્સ માટે પાત્રતા નક્કી કરો ત્યારે, પુત્ર માટે પતિ-પત્ની આવક અને મિલકતો ગણાવી જ જોઈએ; સગીરવયના બાળક માટે માતા(ઓ)-પિતા (ઓ)ની આવક અને મિલકત ગણાવી જ જોઈએ.
- મિલકતોનું પ્રમાણપત્ર આ અરજી સાથે સુપરત કરવું જરૂરી છે.
- આવકની ગણતરી સેવા પહેલાની તારીખથી બાર મહિના, ત્રણ મહિના, અથવા એક મહિના પહેલાની આવક પર આધારિત છે
- દર્દી/પરિવારની કુલ આવક નીચેના જેટલી અથવા તેનાથી ઓછી હોવી જોઈએ:

છેલ્લા 12 મહિના		છેલ્લા 4 મહિના (x 4)		છેલ્લો 1 મહિનો (x 12)
	અથવા		અથવા	

16. આવકના સ્ત્રોતો	સાસાહિક	માસિક	વાર્ષિક
A. કપાત પહેલાં પગાર / વેતન			
B. જાહેર સહાય			
C. સામાજિક સુરક્ષા લાભો			
D. બેરોજગારી અને કામદારનું વળતર			
E. અનુભવના લાભો			
F. ખોરાકી / બાળ સહાય			
G. અન્ય નાણાકીય સહાય			
H. પેન્શન ચૂકવણીઓ			
I. વીમો અથવા વાર્ષિક ચૂકવણીઓ			
J. ડિવિડન્ડ / વ્યાજ			
K. ભાડાની આવક			
L. વ્યવસાયની ચોખ્ખી આવક (સ્વતંત્ર સ્ત્રોત દ્વારા સ્વ રોજગારી / ચકાસણી)			
M. અન્ય (હડતાલના લાભો, તાલીમ વૃત્તીકા, લશ્કરી કુટુંબની ફાળવણી, વસાહતો અને ટ્રસ્ટ્સની આવક)			
N. કુલ			

### વિભાગ IV— અરજદાર દ્વારા પ્રમાણપત્ર

હું સમજું છું કે મેં જે માહિતી સબમિટ કરાવી છે તે યોગ્ય હેલ્થકેર ફ્રેસીલીટી અને ફેડરલ અને/અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા ચકાસણીને પાત્ર છે. આ હકીકતોને ઇરાદાપૂર્વક ખોટી રજૂ કરવાથી મને હોસ્પિટલના તમામ ખર્ચોનો જવાબદાર ગણવામાં આવશે અને હું ફોજદારી અને નાગરિક દંડને પાત્ર બનીશ.

જો સ્વાસ્થ્ય સંભાળ સુવિધા દ્વારા વિનંતી કરવામાં આવે તો, હું હોસ્પિટલનાં બિલની ચૂકવણી માટે સરકારી અથવા ખાનગી તબીબી વીમા માટે અરજી કરી શકું છું.

હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા કુટુંબના કદ, આવક અને સંપત્તિ સંબંધિત ઉપરની માહિતી સાચી અને યોગ્ય છે.

હું સમજું છું કે મારી આવક અથવા અસ્ક્યામતો અંગેના દરજ્જામાં કોઈપણ ફેરફાર માટે હોસ્પિટલને સલાહ આપવી મારી જવાબદારી છે.

**17.** દર્દી અથવા બાયંધરી આપનારની સહી

**18.** તારીખ

--	--