

# न्यू जर्सी हॉस्पिटल केर आससिटन्स प्रोग्राम

## भागीदारी के लिए आवेदन

पहचान का प्रमाणपत्र, आवक का प्रमाणपत्र, और संपत्तियों का प्रमाणपत्र इस आवेदन के साथ होना आवश्यक है।

सभी अनुरोधित दस्तावेजों की प्रतियां भेजें: JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn: Admitting Department

मूल दस्तावेज नहीं भेजेगा क्योंकि उन्हें वापस नहीं भेजा जाएगा।

अनुभाग I— व्यक्तिगत जानकारी									
1. रोगी का नाम					2. सोशियल सिक्यूरिटी नंबर				
(अंतिम नाम)			(पहला नाम)			(M.I.)			
3. आवेदन की तारीख			4. सेवा के प्रारंभ की तारीख			5. सेवा की वनिंती की हुई तारीख			
माह	दनि	वर्ष	माह	दनि	वर्ष	माह	दनि	वर्ष	
6. रोगी के महोल्ले का पता					7. टेलफोन नंबर				
8. शहर, राज्य और पनि कौड					9. परिवार का कद*				
					#	नाम			जन्म तारीख
10. U.S. की नागरकित्ता					11. N.J. के राज्य में 3-महीने के नविस का प्रमाणपत्र				
हा	ना		लंबति आवेदन	हा	ना				
12. गारंटर का नाम (यदि रोगी के अलावा कोई हो तो)/अन्य									
अनुभाग II— संपत्तिके मानदंड									
13. व्यक्तिगत संपत्तिया:									
14. पारिवारिक संपत्तिया:									
15. संपत्तिये शामिल है:									
A. नकद									
B. बचत खाते									
C. जांचकीय खाते									
D. डिपोजिट के प्रमाणपत्र/I.R.A.s									
E. रीअल एस्टेट मे इक्विटी (प्राथमिक नविस के अलावा अन्य)									
F. अन्य संपत्तिया (ट्रेजरी बलिस, नेगोशिएबल पेपर, कॉर्पोरेशन स्टॉक्स और बॉड्स)									
G. कुल									
कुल									
* पारिवारिक कद में स्वयं, पत्निया पत्नी, और कसि भी छोटे बच्चे शामिल हैं एक गर्भवती महिला को दो परिवार के सदस्यों के रूप में गनिा जाता है									
हॉस्पिटल केर आससिटन्स के लिए पात्रता निर्धारित करते समय, पत्निया पत्नी की आय और संपत्तिका उपयोग कसि वयस्क के लिए कथिा									

## अनुभाग III—आय के मानदंड

- हॉस्पिटल केर आससिटन्स के लए पात्रता निर्धारित करते समय, पतिकी आय और संपत्तिका उपयोग कसिी वयस्क के लए कयिा जाना चाहएि; माता-पतिा की आय और परसिंपत्तयिीं का इस्तेमाल कसिी नाबालगि बच्चे के लए कयिा जाना चाहएि।
- आय का प्रमाणपत्र इस आवेदन के साथ होना आवश्यक है।
- आय की गणना आय सेवा की तारीख से पहले बारह महीने, तीन महीने या एक महीने की पर आधारित है।
- रोगी/परिवार की कुल आय नीचे दिए गए के बराबर या नमिन् होनी चाहएि:-

अंतिम 12 माह	अथवा	अंतिम 3 माह (x 4)	अथवा	अंतिम 1 माह (x 12)

16. आय के स्रोत	साप्ताहिक	मासिक	वार्षिक
A. कटौती से पहले के वेतन/मजदूरी			
B. सार्वजनिक सहायता			
C. सामाजिक सुरक्षा के लाभ			
D. बेरोजगारी और कार्यकर्ता का मुआवजा			
E. वयोवृद्ध के लाभ			
F. पोषण / बाल सहायता			
G. अन्य मौद्रिक सहायता			
H. पेंशन भुगतान			
I. बीमा या वार्षिकी भुगतान			
J. लाभांश / ब्याज			
K. करिए से आय			
L. नेट व्यवसाय आय (स्वतंत्र स्रोत द्वारा स्वयं-नयोजित / सत्यापित)			
M. अन्य (हडताल के लाभ, प्रशिक्षण की वसूली, सैन्य परिवार के आवंटन, सम्पदा और ट्रस्ट से आय)			
N. कुल			

## अनुभाग IV—आवेदनकर्ता द्वारा प्रमाणन

मे समझता हु के मेरे द्वारा प्रस्तुत की गई जानकारी योग्य हेल्थ केर सुविधा और संघीय और/या राज्य सरकार द्वारा सत्यापन के आधीन है। इन तथ्यों का वलिकषण गलतप्रेषण मुझे सभी अस्पतालों के आरोपों के लए उत्तरदायी बना देगा और आपराधिक और नागरिक दंड के अधीन होगा।

अगर स्वास्थ्य देखभाल सुविधा से अनुरोध कयिा जाता है, तो मैं अस्पताल के बलि के भुगतान के लए सरकारी या नजिी मेडिकल बीमा के लए आवेदन कर पाऊंगा।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे परिवार के कद, आय और संपत्तिके बारे में ऊपर की जानकारी सही और योग्य है।

मैं समझता हूँ कि मेरी आय या परसिंपत्तयिीं के संबंध में कसिी भी बदलाव के अस्पताल को सलाह देने की मेरी जम्मेदारी है।

17. रोगी या गारंटर के हस्ताक्षर	18. तारीख