

جرسی ہسپتال حفاظتی امدادی پروگرام درخواست برائے شمولیت

شناخت کا ثبوت، آمدن کا ثبوت، اور جائیداد کا ثبوت اس درخواست کے ساتھ منسلک ہونے چاہئیں۔ تمام طلب کردہ دستاویزات کی نقول اور اصلی دستاویزات نہ بھیجئے کیونکہ وہ واپس نہیں کیئے جائیں گے۔ بھیجئے:

JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn: Admitting Department

حصہ اول: ذاتی معلومات									
1. مریض کا نام					2. سوشل سکیورٹی نمبر				
(نام آخری)			(پہلا نام)		(وسطی نام)				
3. درخواست کی تاریخ			4. سروس کی ابتدائی تاریخ			5. سروس کی درخواست کردہ تاریخ			
سال			دن		مہینہ		سال		
6. مریض کی سڑک کا پتہ			7. ٹیلی فون نمبر						
8. شہر، ریاست اور پ کوڈ					9. خاندان کے لوگ				
					#		نام		تاریخ پیدائش
10. امریکی شہریت					11. نیو جرسی ریاست میں 3 مہینے رہائش کا ثبوت				
ہاں		نہیں		زیرالتوا درخواست			ہاں		نہیں
12. علوہ کوئی اور ہے (دیگر ضمانت دہندہ کا نام) اگر مریض کے									
جائیدادوں کا معیار - حصہ دوم									
13. انفرادی جائیدادیں									
14. خاندانی جائیدادیں									
15. شامل شدہ جائیدادیں									
A. نقد									
B. سیونگ اکاؤنٹ									
C. چیکنگ اکاؤنٹ									
D. آئی۔ آر۔ اے ڈپازٹ کے سرٹیفیکیٹ /									
E. (بنیادی رہائش کے علوہ) مکان کی ملکیت									
F. قابل گفٹ، خزانہ جاتی بل (جاتی گفٹ اثاثہ (وشنی د کاغذات، کارپوریٹ اسٹاک اور بانڈز									
G. کل									
ٹوٹل									
آپ خود، زوجہ، اور دیگر چھوٹے بچے شامل ہیں۔ ایک حاملہ عورت خاندان کے دو ممبران کے برابر شمار کی جاتی ہے۔ خاندان میں									
تو ایک زوج کی آمدن اور اثاثہ جات ایک ببالغ کی لے ہسپتال میں حفاظتی مدد کا استحقاق معلوم کی جاتا ہے، جب استعمال ہونے چاہئیں۔ چھوٹے بچے کی لے اسے استعمال ہونے چاہئیں، شریک کار کی آمدن اور اثاثہ جات									

آمدن کا معیار - حصہ سوم

- ایک بالغ جب ہسپتال میں حفاظتی مدد کا اسحقاق معلوم کیا جاتا ہے، تو ایک زوج کی آمدن اور اثاثہ جات کی کمی کے لیے اس عمل ہونے چاہئیں، شریک کار کی آمدن اور اثاثہ جات اس عمل ہونے چاہئیں۔

آمدن کا ثبوت اس درخواست کے ساتھ منسلک ہونا چاہیے:
آمدن بنیادی طور پر بارہ مہینے، تین مہینے، یا سروس کی تاریخ سے ایک مہینہ قبل شمار کی جاتی ہے۔
درج ذیل کے برابر ہونی چاہیے: مریض/خاندان کی آمدن کم از کم

آخری 12 مہینے		(x 4) آخری 3 مہینے		(x 12) آخری 1 مہینہ
	یا		یا	

16. آمدنی	ہفتہ وار	ماہانہ	سالانہ
A. ادائیگی انکسٹوٹی سے پہلے آمدن /			
B. عوامی مدد			
C. سوشل سکیورٹی کے فوائد			
D. بے روزگاری / ورکرز کمپنسی شن			
E. فوجیوں کو فوائد			
F. نان نفقہ / بچوں کا سہارا			
G. دی گرامالی سہارا			
پی نیشن کی ادائیگی			
H. انشورینس یا سالانہ ادائیگی			
I. حصہ / سود			
J. کرانے کی آمدن			
K. آزاد زرائع سے تصدیق / خود روزگاری (کال کاروباری آمدن (شہ)			
L. فوجی خاندان، تربیتی وظیفے، ہڑتالی فوائد) دی گرامالی (جائی داد اور املاک سے آمدن، تقسیم ٹوٹل			
M. ٹوٹل			

درخواست دہندہ کی تصدیق - حصہ چہارم

میں سمجھتا ہوں کہ جو معلومات میں سے جمع کرائی ہیں ان پر متعلقہ ہیلتھ کیئر کی سہولت اور وفاق اور / ریاستی حکومتوں کی تصدیق لاگو ہے۔ ان حقائق کی جان بوجھ کر ناجائز نمائندگی مجھے ہسپتال کی ادائیگیوں کا ذمہ دار بناتی ہے اور فوجداری اور سول سزائیوں لاگو ہوتی ہیں۔ اگر ہیلتھ کیئر کی سہولت والوں کی جانب سے درخواست کی گئی تو میں ہسپتال کے بل کی ادائیگی کیلیئے حکومتی یا پرائیویٹ میڈیکل انشورینس کیلیئے درخواست دوں گا۔ میرے خاندان میں لوگوں کی تعداد، آمدن، اور اثاثہ جات سے متعلقہ مندرجہ میں تصدیق کرتا ہوں کہ سہولت ہسپتال کے بلوں کے لیے درخواست دہندہ کی تصدیق کرتا ہوں کہ میں سمجھتا ہوں کہ یہ میری ذمہ داری ہے کہ ہسپتال کو اپنی آمدنی یا اثاثہ جات سے متعلقہ حالات کی تبدیلی سے آگاہ کروں۔

17. مریض یا ضمانت دہندہ کے دستخط	18. تاریخ