



ચેરિટી કેર/નાણાકીય સહાયતા માટેની અરજી પ્રક્રિયા

હોસ્પિટલમાંથી રજા મેળવ્યા પછી અથવા બહારના દર્દીઓની સંભાળ મેળવ્યા પછી તમે 1 વર્ષની અંદર નાણાકીય સહાય મેળવવા માટે અરજી કરી શકો છો.

ચેરિટી કેર ન્યૂ જર્સીના એ રહેવાસીઓ માટે ઉપલબ્ધ છે જેઓ વીમા વિનાના, ઓછા વીમાવાળા અથવા રાજ્ય અને ફેડરલ પ્રોગ્રામ માટે અપાત્ર છે.

લાયક બનવા માટે તમારે આવક અને અસ્કયામતો બંને પાત્રતાના માપદંડોને પૂર્ણ કરવા આવશ્યક છે.

ચેરિટી કેર ફક્ત હોસ્પિટલની સંભાળને જ આવરી લે છે. આ પ્રોગ્રામ ચિકિત્સકો અથવા અન્ય પ્રદાતાઓને લાગુ પડતો નથી જેઓ તેમની સેવાઓ માટે સ્વતંત્ર રીતે બિલ રજૂ કરે છે.

- કૃપા કરીને અરજી ભરો અને સહી કરો. (જો તમને બહુવિધ હેકન્સેક મેરિડિયન હેલ્થ હોસ્પિટલ્સમાં સંભાળ મેળવી હોય, તો તમારે દરેક હોસ્પિટલ માટે અરજી પર સહી કરવાની જરૂર પડશે જ્યાં તમે સેવાઓ પ્રાપ્ત કરી છે.)
- બધા જરૂરી દસ્તાવેજોની નકલો જોડો.
- તમામ દસ્તાવેજો સેવાની શરૂઆતની તારીખ પર આધારિત છે.
- જો તમારી ઉંમર 21 વર્ષ કે તેથી ઓછી હોય અને તમે કોલેજના પૂર્ણ સમયના વિદ્યાર્થી હોય, તો તમારા માતા-પિતા અથવા વાલીએ અરજી ભરવી પડશે અને જરૂરી સહાયક દસ્તાવેજો પ્રદાન કરવા પડશે. કૃપા કરીને વર્તમાન અને અગાઉના સેમેસ્ટર માટે તમારા વિદ્યાર્થીની સ્થિતિ અને નાણાકીય એવોર્ડ લેટર્સનો પુરાવો પ્રદાન કરો.

જો તમને અરજી વિશે અથવા અરજી કરવા માટે જરૂરી દસ્તાવેજો વિશે કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને તમે જ્યાં તમારી સેવાઓ પ્રાપ્ત કરી છે તે હોસ્પિટલના નાણાકીય સલાહકારને કોલ કરો.

- Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 (551) 996-4343
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 (201) 854-5092
- JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 (732) 321-7534

નીચેની હોસ્પિટલો માટે, કૃપા કરીને 732-902-7080 પર કોલ કરો

- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733
- Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ
- Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

ચેરિટી કેર માટે તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરવામાં અમને મદદ કરવા માટે, કૃપા કરીને નીચે સૂચિબદ્ધ દસ્તાવેજોની માત્ર નકલો પ્રદાન કરો જે તમારી પરિસ્થિતિને લાગુ પડતી હોય. જો નીચે સૂચિબદ્ધ યોગ્ય દસ્તાવેજો પ્રદાન કરવામાં આવ્યાં ન હોય અથવા તમારી અરજી અધૂરી હોય, તો અમે તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરી શકીશું નહીં. બધા જરૂરી દસ્તાવેજો તમારી સેવાની તારીખ પર આધારિત છે. સેવાની તારીખનો અર્થ એ છે કે તમે ખરેખર હોસ્પિટલમાં હતા તે પ્રથમ દિવસ.

દર્દી, જીવનસાથી, 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના બાળકો અને 21 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના કોલેજના વિદ્યાર્થીઓ માટે વ્યક્તિગત ID

- તમારા પરિવારના દરેક સભ્ય માટે એક પસંદ કરો: ડ્રાઇવિંગ લાઇસન્સ, જન્મ પ્રમાણપત્ર, સોશિયલ સિક્યુરિટી કાર્ડ, પાસપોર્ટ

વીમા કાર્ડ્સ

- વીમા કાર્ડની આગળ અને પાછળની કોપિ કરો

બેંકિંગ/એસેટ સ્ટેટમેન્ટ કે જેમાં તમારી સેવાની તારીખે બેલેન્સ સામેલ છે

- ચેકીંગ, સેવિંગ્સ અને ડેબિટ કાર્ડ એકાઉન્ટ સ્ટેટમેન્ટ
- ડિપોઝિટ્સ માટે તમારી નોંધાયેલ આવક પર સ્પષ્ટતાની જરૂર પડી શકે છે
- કોઈપણ CDs, IRAs, 401ks, સ્ટોક્સ અથવા બોન્ડ્સ માટે વર્તમાન દસ્તાવેજીકરણ

સેવાની તારીખના એક મહિના પહેલાની આવકનો પુરાવો

- કમાણી કરેલ આવકનો પુરાવો, જેમાં પે સ્ટબ અથવા તમારા એમ્પ્લોયર તરફથી બિઝનેસ લેટરહેડ પર કુલ કમાણીનું લેખિત સહી કરેલ સ્ટેટમેન્ટ
- જો તમે સ્વ-રોજગાર ધરાવતા હોય, તો એકાઉન્ટન્ટ દ્વારા સહી કરેલ નફા અને નુકસાન સ્ટેટમેન્ટ સાથે પાછલા વર્ષના ટેક્સ રિટર્નની નકલ જરૂરી છે. જો તમારો વ્યવસાય ભાગીદારી અથવા કોર્પોરેશન હોય, તો તમારા સાપ્તાહિક પગાર ડ્રો સાથે
- એકાઉન્ટન્ટ તરફથી એક પત્ર પ્રદાન કરો, જેમાં નિવૃત્તિ પેન્શન, બીજા સહાય, ભરણપાઈ, VA લાભો, સોશિયલ સિક્યુરિટી પુરસ્કાર પત્ર, પરિવારના તમામ સભ્યો માટે SSI એવોર્ડ પત્રો, બેરોજગારી અથવા રાજ્ય વિકલાંગતા રેકોર્ડ અથવા અન્ય નાણાકીય યોગદાન સહિત બિનઉપાર્જિત આવકનો પુરાવો, પરંતુ તેના સુધી મર્યાદિત નથી

સેવાની તારીખ પહેલાં રહેઠાણનો પુરાવો

- શેરીનું સરનામું દર્શાવતું આવશ્યક છે - પીઓ બોક્સ નહીં
- કૃપા કરીને નીચેનામાંથી એક પસંદ કરો: ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ, લીઝની નકલ, યુટિલિટી બિલ, સેવાની તારીખ પહેલાં જારી કરાયેલ તમારા નામ અને સરનામા સાથે તારીખ લખેલો મેઇલ

દર્દીનું પ્રમાણપત્ર: (લાગુ પડે તે તમામ પર સહી કરો અને તારીખ લખો).

- જો પરિણીત હોય તો જીવનસાથીનું પ્રમાણપત્ર: (લાગુ પડે તે તમામ પર સહી કરો અને તારીખ લખો).

જો તમે કોઈ આવક ધરાવતા ના હોય, તો તમે જેની સાથે રહો છો (જીવનસાથી સિવાય) તે વ્યક્તિ દ્વારા હસ્તાક્ષર કરેલો સમર્થનનો પત્ર

જોડો જે તમને આર્થિક રીતે ટેકો આપવામાં મદદ કરી રહી છે.

કૃપા કરીને તમારી અરજી અને દસ્તાવેજો ઉપરના સરનામે મેઇલ કરો જ્યાં તમે ચેરિટી કેર માટે અરજી કરી રહ્યા છો. (રિમાઇન્ડર: ચેરિટી કેર હોસ્પિટલ વિશિષ્ટ છે તેથી જો સેવાઓ બહુવિધ સ્થળોએ પૂરી પાડવામાં આવી હોય, તો દરેક સ્થાન માટે અરજી સબમિટ કરવાની જરૂર છે.)



Hackensack
Meridian Health

ન્યૂ જર્સી હોસ્પિટલ કેર એસીસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ
ચેરિટી કેર અરજી

તમે જ્યાં સેવાઓ પ્રાપ્ત કરી છે તે તમામ હોસ્પિટલોને ચેક કરો:

- () HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH
() SOMC () RBMC () OBMC

વિભાગ I-વ્યક્તિગત માહિતી

દર્દીનું નામ (છેલ્લું, પ્રથમ, એમ. આઈ.)		જન્મની તારીખ		
અરજીની તારીખ	સેવાની તારીખ	ગર્ભવતી? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના		
દર્દીની શેરીનું સરનામું		ટેલિફોન / સેલ નંબર ()		
શહેર, રાજ્ય, ઝીપ કોડ		*કુટુંબનું કદ	વૈવાહિક સ્થિતિ	
શું તમે યુએસ નાગરિક છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના કાનૂની નિવાસી આ સમયથી: _____		શું તમે ન્યૂ જર્સીના નિવાસી છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના		
બાંધધરી આપનારનું નામ (જો દર્દી સિવાય અન્ય હોય)		વીમા કવરેજ: <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના વીમા કંપની _____ પોલિસી #: _____		
પરિવારના અન્ય સભ્યો	સંબંધ	જન્મ તારીખ	ગર્ભવતી? હા/ ના	વીમો કવરેજ? હા/ ના
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

વિભાગ II - સંપત્તિ માપદંડ

સંપત્તિમાં શામેલ છે:

- A. બચત ખાતાઓ _____
B. ચેકિંગ ખાતાઓ _____
C. ડિપોઝિટ / IRA ના પ્રમાણપત્રો _____
D. રિયલ એસ્ટેટમાં ઈક્વિટી (પ્રાથમિક રહેઠાણ સિવાય) _____
E. અન્ય સંપત્તિઓ, 401K, સ્ટોક્સ અને બોન્ડ્સ _____
F. કુલ _____

*કુટુંબના કદમાં જાતે, જીવનસાથી અને કોઈપણ સગીર બાળકોનો સમાવેશ થાય છે. સગર્ભા સ્ત્રીને પરિવારના બે સભ્યો તરીકે ગણવામાં આવે છે.

વિભાગ III- આવકનો માપદંડ

હોસ્પિટલની સંભાળ સહાય માટે પાત્રતા નક્કી કરતી વખતે, દર્દી અને જો લાગુ હોય તો, જીવનસાથીની આવકનો ઉપયોગ કરવાનો છે. માતાપિતાની આવકનો ઉપયોગ સગીર બાળક માટે થવો જોઈએ. આ અરજી સાથે આવકનો પુરાવો હોવો આવશ્યક છે. આવક એ સેવાની તારીખ પહેલાંની આવકના બાર મહિના, ત્રણ મહિના, એક મહિનો અથવા એક સપ્તાહની આવકની ગણતરી પર આધારિત છે.

નોકરીદાતાનું નામ:

કુલ આવક

\$

આવકના સ્ત્રોતો:

A. કપાત પહેલાં પગાર / વેતન _____

B. જાહેર સહાય _____

C. સોશિયલ સિક્યુરિટી/વિકલાંગતાના લાભો _____

D. બેરોજગારી અને કામદાર વળતર _____

E. વૃદ્ધાવસ્થાના લાભો _____

F. ભરણપોષણ / બાળ સહાય _____

G. અન્ય નાણાકીય સહાય _____

H. પેન્શનની ચૂકવણી _____

I. વીમો અથવા વાર્ષિકી ચુકવણીઓ _____

J. ડિવિડન્ડ / વ્યાજ _____

K. ભાડાની આવક _____

L. વ્યવસાયની ચોખ્ખી આવક _____

M. અન્ય (સ્ટ્રાઇક લાભો, તાલીમ સ્ટીપેન્ડ્સ, લશ્કરી કુટુંબ ફાળવણી, વસાહતો અથવા ટ્રસ્ટ) _____

સાપ્તાહિક

માસિક

વાર્ષિક

આવકના અન્ય સ્ત્રોત: _____

વિભાગ IV – અરજદાર દ્વારા પ્રમાણિત

હું સમજું છું કે હું જે માહિતી સબમિટ કરું છું તે યોગ્ય આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા દ્વારા અને ફેડરલ અથવા રાજ્ય સરકારો દ્વારા ચકાસણીને આધીન છે. આ હકીકતોને જાણીજોઈને ખોટી રીતે રજૂ કરવાથી હું હોસ્પિટલના તમામ શુલ્ક માટે નાગરિક દંડ માટે જવાબદાર બનીશ.

જો આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા દ્વારા વિનંતી કરવામાં આવે, તો હું હોસ્પિટલના બિલની ચુકવણી માટે સરકારી અથવા ખાનગી તબીબી સહાય માટે અરજી કરીશ.

હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારી કૌટુંબિક સ્થિતિ, આવક અને સંપત્તિ સંબંધિત ઉપરોક્ત માહિતી સાચી અને ખરી છે.

હું સમજું છું કે મારી આવક અથવા સંપત્તિના સંદર્ભમાં સ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફાર અંગે હોસ્પિટલને સલાહ આપવાની જવાબદારી મારી છે.

દર્દી અથવા વાલી સહી

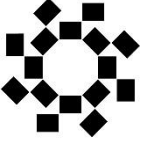
તારીખ

ફક્ત ઓફિસના ઉપયોગ માટે: જવાબદારીકોઈ વીમા કવરેજ નથી _____ %

વીમા કવરેજ પછી _____ %

મંજૂર કર્યાની તારીખ: _____ અમલી બન્યાની તારીખ : _____ સમાપ્ત થવાની તારીખ: _____

મૂલ્યાંકનકારની સહી: _____



દર્દીનું પ્રમાણીકરણ

નીચે સહી કરો જે તમારી પરિસ્થિતિને લાગુ થઈ શકે છે:

1. હું પ્રમાણિત કરું છું કે _____ સુધી મને કોઈ આવક મળી નથી.
તારીખ

(દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

2. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારી પાસે મારા પોતાના અથવા અન્ય કોઈ પક્ષ દ્વારા કોઈ સંપત્તિ (બેંક ખાતા, સીડી વગેરે) નથી.

(દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

3. હું પ્રમાણિત કરું છું કે હું બેઘર છું અને _____ થી બેઘર છું

(દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

4. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા બિલની બાકી રકમને આવરી લેવા માટે મારી પાસે મારા પોતાના અથવા અન્ય કોઈ પક્ષ દ્વારા કોઈ તબીબી કવરેજ નથી.

(દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

રેસિડેન્સી પ્રમાણપત્ર દર્દી/જવાબદાર પક્ષ દ્વારા સહી થયેલ હોવું જોઈએ

5. હું પ્રમાણિત કરું છું કે સેવાઓ પ્રાપ્ત થઈ તે સમયે હું ન્યુ જર્સીનો રહેવાસી છું/હતો અને હું ન્યુ જર્સીનો રહેવાસી રહેવાનો ઈરાદો ધરાવું છું.

(દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

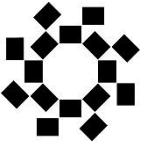
6. હું પુષ્ટિ કરું છું કે આ ચકાસણી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ સાચી, સંપૂર્ણ અને ખરી છે.

(દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

સમીક્ષક



જીવનસાથીનું પ્રમાણીકરણ

તમારી પરિસ્થિતિમાં જે લાગુ પડી શકે તેમ હોય ફક્ત તેની નીચે જ સહી કરો:

1. હું પ્રમાણિત કરું છું કે _____ સુધી મને કોઈ આવક મળી નથી.

તારીખ

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

2. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારી પાસે મારા પોતાના અથવા અન્ય કોઈ પક્ષ દ્વારા કોઈ સંપત્તિ (બેંક ખાતા, સીડી વગેરે) નથી.

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

3. હું પ્રમાણિત કરું છું કે હું બેઘર છું અને _____ થી બેઘર છું

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

4. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા બિલની બાકી રકમને આવરી લેવા માટે મારી પાસે મારા પોતાના અથવા અન્ય કોઈ પક્ષ દ્વારા કોઈ તબીબી કવરેજ નથી.

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

રેસિડેન્સી પ્રમાણપત્ર દર્શાવવાબદાર પક્ષ દ્વારા સહી થયેલ હોવું જોઈએ

5. હું પ્રમાણિત કરું છું કે સેવાઓ પ્રાપ્ત થઈ તે સમયે હું ન્યુ જર્સીનો રહેવાસી છું/હતો અને હું ન્યુ જર્સીનો રહેવાસી રહેવાનો ઈરાદો ધરાવું છું.

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

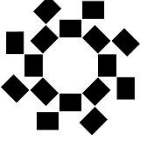
6. હું પુષ્ટિ કરું છું કે આ ચકાસણી પર આપવામાં આવેલી તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ સાચી, સંપૂર્ણ અને ખરી છે.

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

સમીક્ષક



Hackensack
Meridian Health

સમર્થનનો પત્ર

દર્દી:

તારીખ:

જન્મ તારીખ:

ટૂંકી સહી સેવાની તારીખ:

દર્દીને સહાય પૂરી પાડનાર વ્યક્તિ દ્વારા પૂર્ણ કરવામાં આવશે. તમારી સાથે રહેતા જીવનસાથીનો સમાવેશ થતો નથી.

હું પ્રમાણિત કરું છું કે નીચે સૂચિબદ્ધ માહિતી સાચી અને ખરી છે. હું સંપૂર્ણ રીતે સમજું છું કે ખોટી માહિતી પ્રદાન કરવી અથવા વિનંતી કરેલ સંપૂર્ણ માહિતી પ્રદાન કરવામાં નિષ્ફળતા છેતરપિંડીનું કારણ બની શકે છે અને હેકન્સેક મેરિડીયન હેલ્થ યોગ્ય કાનૂની પગલાં લઈ શકે છે. હું વધુમાં સમજું છું કે જો માહિતી ખોટી, અધૂરી અથવા કોઈપણ રીતે ગેરમાર્ગે દોરનારી હશે તો મને વ્યક્તિગત રીતે જવાબદાર ગણવામાં

જવાબદાર ગણવામાં આવવાનો પડતું હોય તે નીચે ચેક કરો :

- ઉપરોક્ત નામવાળી વ્યક્તિ મારી સાથે રહે છે, અને (તારીખ) _____ થી છે:
- ઉપરોક્ત નામવાળી વ્યક્તિ સેવા સમયે NJ નિવાસી હતી, અન્ય કોઈ રાજ્ય અથવા દેશમાં તેનું કોઈ રહેઠાણ નથી અને NJ રાજ્યમાં રહેવાનો ઈરાદો ધરાવે છે.
- ઉપરોક્ત નામવાળી વ્યક્તિ Medicaid અથવા Medicare સહિત કોઈપણ પ્રકારના તબીબી વીમા દ્વારા આવરી લેવામાં આવેલ નથી.
- ઉપરોક્ત નામવાળી વ્યક્તિ આ સમયે બેરોજગાર છે અને તે ઉપર દર્શાવેલ સેવાની તારીખના ઓછામાં ઓછા એક મહિના પહેલાથી છે.
- ઉપર નામવાળી વ્યક્તિ બેરોજગારી લાભો અથવા અન્ય કોઈપણ પ્રકારના લાભો પ્રાપ્ત કરતી નથી નથી (વિકલાંગતા, SSI, કલ્યાણ, વગેરે)
- હું ઉપર નામવાળી વ્યક્તિ માટે ખોરાક અને આશ્રય પૂરો પાડે છું.
- હું ઉપરોક્ત નામની વ્યક્તિને દર મહિને \$ _____ ની રકમમાં રોકડ પ્રદાન કરું છું.
- ઉપરોક્ત નામવાળી વ્યક્તિ મારી સાથે રહેતી નથી પરંતુ હું આ સ્વરૂપે મદદ પ્રદાન કરું છું:

સહી

ઉપરોક્ત નામવાળી વ્યક્તિ સાથે તમારો સંબંધ

સરનામું: _____

(શહેર)

(રાજ્ય)

(ઝિપ કોડ)

ફોન નંબર: _____