

## चैरिटी केयर / वित्तीय सहायता के लिए आवेदन प्रक्रिया

आप अस्पताल से छुट्टी मिलने या आउट पेशेंट देखभाल प्राप्त करने के 1 वर्ष के भीतर वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं।

चैरिटी केयर न्यू जर्सी के उन निवासियों के लिए उपलब्ध है जो अभीमाकृत, कम बीमा वाले, या राज्य और संघीय कार्यक्रमों के लिए अपात्र हैं।

अर्हता प्राप्त करने के लिए आपको आय और संपत्ति दोनों पात्रता मानदंडों को पूरा करना होगा।

चैरिटी केयर में केवल अस्पताल की देखभाल शामिल होती है। यह कार्यक्रम उन चिकित्सकों या अन्य प्रदाताओं पर लागू नहीं होता है जो अपनी सेवाओं के लिए स्वतंत्र रूप से बिल देते हैं।

- कृपया आवेदन भरें और हस्ताक्षर करें। (यदि आपने कई Hackensack Meridian Health Hospitals में देखभाल प्राप्त की है, तो आपको प्रत्येक अस्पताल के लिए एक आवेदन पत्र पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता होगी जहां आपको सेवाएं प्राप्त हुई हैं।)
- सभी आवश्यक दस्तावेजों की प्रतियों को संलग्न करें।
- सभी दस्तावेज सेवा के प्रारंभ होने की तिथि पर आधारित हैं।
- यदि आपकी उम्र 21 वर्ष या उससे कम है और एक पूर्णकालिक कॉलेज के छात्र हैं, तो आपके माता-पिता या अभिभावक को आवेदन भरना होगा और आवश्यक सहायक दस्तावेज उपलब्ध कराने होंगे। कृपया वर्तमान और पिछले सेमेस्टर के लिए अपने छात्र की स्थिति और वित्तीय पुरस्कार पत्रों का प्रमाण प्रदान करें।

यदि आपके पास आवेदन या दस्तावेज के बारे में कोई प्रश्न है जो आवेदन करने के लिए आवश्यक है, तो कृपया उस अस्पताल में एक वित्तीय परामर्शदाता को कॉल करें जहां आपने अपनी सेवाएं प्राप्त की थीं।

- 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

नीचे दिए गए अस्पतालों के लिए, कृपया कॉल करें 732-902-7080

- 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

चैरिटी केयर के लिए आपके आवेदन को संसाधित करने में हमारी सहायता करने के लिए, कृपया केवल नीचे सूचीबद्ध दस्तावेजों की प्रतियां प्रदान करें जो आपकी स्थिति पर लागू होती हैं। यदि नीचे सूचीबद्ध उपयुक्त दस्तावेज प्रदान नहीं किए गए हैं या आपका आवेदन अधूरा है, तो हम आपके आवेदन को संसाधित नहीं कर पाएंगे। सभी आवश्यक दस्तावेज आपकी सेवा की तारीख पर आधारित हैं। सेवा की तारीख का मतलब है कि पहले दिन जब आप वास्तव में अस्पताल में थे।

मरीज़, पति या पत्नी, 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चों और 21 वर्ष और उससे कम उम्र के पूर्णकालिक कॉलेज के छात्रों के लिए व्यक्तिगत आईडी

- अपने परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए एक चुनें: ड्राइविंग लाइसेंस, जन्म प्रमाण पत्र, सोशल सिक्योरिटी कार्ड, पासपोर्ट

बीमा कार्ड

- बीमा कार्ड के आगे और पीछे कॉपी करें

बैंकिंग / एसेट स्टेटमेंट जिसमें आपकी सेवा की तारीख पर शेष राशि शामिल है

- चेकिंग, सेविंग्स और डेबिट कार्ड अकाउंट स्टेटमेंट
- आपकी रिपोर्ट की गई आय पर जमाराशियों को स्पष्टीकरण की आवश्यकता हो सकती है
- किसी भी CD's, IRA's, 401K's, स्टॉक या बांड के लिए वर्तमान दस्तावेज़ीकरण

सेवा की तारीख से एक महीने पहले के लिए आय का प्रमाण

- अर्जित आय का प्रमाण, जिसमें पे स्टब्स या व्यावसायिक लेटरहेड पर आपके नियोक्ता से कुल आय का लिखित हस्ताक्षरित विवरण शामिल है
- यदि आप स्व-नियोजित हैं, तो एक एकाउंटेंट द्वारा हस्ताक्षरित लाभ और हानि विवरण के साथ-साथ पिछले वर्ष के लिए कर रिटर्न की एक प्रति आवश्यक है। यदि आपका व्यवसाय एक साझेदारी या निगम है, तो अपने साप्ताहिक वेतन ड्रा के साथ एक एकाउंटेंट का एक पत्र प्रदान करें।
- अनर्जित आय का प्रमाण, जिसमें सेवानिवृत्ति पेंशन, बाल सहायता, गुजारा भत्ता, VA लाभ, सोशल सिक्योरिटी पुरस्कार पत्र, सभी परिवार के सदस्यों के लिए SSI अवार्ड पत्र, बेरोजगारी या राज्य विकलांगता रिकॉर्ड या अन्य वित्तीय योगदान शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं हैं

सेवा की तारीख से पहले निवास का प्रमाण

- स्ट्रीट का पता अवश्य दिखाना चाहिए - PO बॉक्स नहीं
- कृपया निम्न में से एक का चयन करें: चालक का लाइसेंस, पट्टे की प्रति, उपयोगिता बिल, सेवा की तारीख से पहले जारी किए गए आपके नाम और पते के साथ तारीख लिखा हुआ मेल

मरीज़ का सत्यापन: (हस्ताक्षर और तारीख जो लागू होती है)।

- पति या पत्नी का सत्यापन यदि विवाहित है (हस्ताक्षर और तारीख जो लागू होती है)।

यदि आपकी कोई आय नहीं है, तो उस व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित समर्थन पत्र संलग्न करें जिसके साथ आप रहते हैं (आपके पति या पत्नी के अलावा) जो आपकी आर्थिक मदद कर रहा है।

कृपया अपना आवेदन और दस्तावेज ऊपर दिए गए पते पर मेल करें जहां आप चैरिटी केयर के लिए आवेदन कर रहे हैं।

(अनुस्मारक: चैरिटी केयर अस्पताल विशेष है इसलिए यदि सेवाएं कई स्थानों पर प्रदान की जाती हैं, तो प्रत्येक स्थान के लिए एक आवेदन जमा करने की आवश्यकता होती है।)



न्यू जर्सी हॉस्पिटल केयर असिस्टेंस प्रोग्राम  
चैरिटी केयर एप्लिकेशन

उन सभी अस्पतालों की चैक करें जहाँ आपको सेवाएँ प्राप्त हुई हैं:

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

अनुभाग I- व्यक्तिगत जानकारी

मरीज का नाम (अंतिम, पहला, एमआई)		जन्म तिथि		
आवेदन की तिथि	सेवा की तिथि	गर्भवती? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
मरीज की स्ट्रीट का पता		टेलीफोन / सेल नंबर ( ) ( )		
शहर, राज्य, ज़िप कोड		*परिवार का विस्तार	वैवाहिक स्थिति	
क्या आप अमेरिकी नागरिक हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं कानूनी निवासी इस समय से : _____		क्या आप न्यू जर्सी के निवासी हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
गारंटर का नाम (यदि मरीज के अलावा अन्य)		बीमा कवरेज: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं बीमा कंपनी _____ पॉलिसी #: _____		
परिवार के अन्य सदस्य	संबंध	जन्म तिथि	गर्भवती? हाँ / नहीं	बीमा कवरेज? हाँ / नहीं
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

अनुभाग II - संपत्ति मानदंड

संपत्ति में शामिल हैं:

- A. बचत खाते \_\_\_\_\_  
B. चेकिंग खाते \_\_\_\_\_  
C. जमा /IRA से प्रमाणपत्र \_\_\_\_\_  
D. अचल संपत्ति में इक्विटी (प्राथमिक निवास के अलावा) \_\_\_\_\_  
E. अन्य परिसंपत्तियों, 401K, स्टॉक और बांड \_\_\_\_\_  
F. कुल \_\_\_\_\_

\* परिवार के आकार में स्वयं, जीवनसाथी और कोई भी छोटा बच्चा शामिल है। एक गर्भवती महिला को परिवार के दो सदस्यों के रूप में माना जाता है।

### अनुभाग III- आय के मापदंड

अस्पताल देखभाल सहायता के लिए पात्रता का निर्धारण करते समय, मरीज और यदि लागू हो, तो पति या पत्नी की आय का उपयोग किया जाना है। एक नाबालिग बच्चे के लिए माता-पिता की आय का उपयोग किया जाना चाहिए। इस आवेदन के साथ आय का प्रमाण देना होगा। आय सेवा की तारीख से बारह महीने, तीन महीने, एक महीने या एक सप्ताह पहले आय की गणना पर आधारित होती है।

नियोक्ता का नाम:

कुल आय

आय के स्रोत:	साप्ताहिक	मासिक	वार्षिक
कटौती से पहले वेतन / मजदूरी _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. सार्वजनिक सहायता _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. सोशल सिक्योरिटी/विकलांगता के लाभ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. बेरोजगारी और श्रमिक मुआवजा _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. वयोवृद्ध के लाभ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. गुजारा भत्ता / बाल सहायता _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. अन्य वित्तीय सहायता _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. पेंशन भुगतान _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. बीमा या वार्षिकी भुगतान _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. डिविडेंड / ब्याज _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. किराये की आय _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. शुद्ध व्यापार आय _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. अन्य (हड़ताल लाभ, प्रशिक्षण वजीफा, सैन्य परिवार आवंटन, सम्पदा या ट्रस्ट) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

आय का अन्य स्रोत: \_\_\_\_\_

### अनुभाग IV – आवेदक द्वारा प्रमाणित

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा सबमिट की जाने वाली जानकारी उपयुक्त स्वास्थ्य देखभाल सुविधा और संघीय या राज्य सरकारों द्वारा सत्यापन के अधीन है। इन तथ्यों को जानबूझकर गलत तरीकेसे परस्परविरुद्ध करने पर मुझे अस्पताल के सभी शुल्कों के लिए नागरिक दंड के अधीन उत्तरदायी बनाया जाएगा। यदि स्वास्थ्य देखभाल सुविधा द्वारा अनुरोध किया जाता है, तो मैं अस्पताल के बिल के भुगतान के लिए सरकारी या निजी चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करूंगा। मैं मपरथतिरिक्त करता/करती हूँ कि मेरी पारिवारिक स्थिति, आय और संपत्ति के बारे में उपरोक्त जानकारी सत्य और सही है। मैं मसझता हूँ कि मेरी आय या संपत्ति के संबंध में स्थिति में किसी भी बदलाव के बारे में अस्पताल को सलाह देना मेरी सज्जमेदारी है।

मरीज या अभिभावक के हस्ताक्षर

तिथि

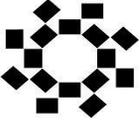
केवल कार्यालय उपयोग के लिए: सज्जमेदारी..... कोई बीमा कवरेज नहीं \_\_\_\_\_ %

बीमा कवरेज के बाद \_\_\_\_\_ %

अनुमोदन की तिथि: \_\_\_\_\_ कार्यालय के तिथि: \_\_\_\_\_ मसास्थित तिथि: \_\_\_\_\_

मूलध्यांकनकर्ता के हस्ताक्षर:

\_\_\_\_\_



## मरीज का सत्यापन

नीचे हस्ताक्षर करें जो आपकी स्थिति पर लागू हो सकता है:

1. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि \_\_\_\_\_ तक मुझे कोई आय प्राप्त नहीं हुई है।

तारीख

\_\_\_\_\_  
(मरीज / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख

2. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पास स्वयं या किसी अन्य पक्ष के माध्यम से कोई संपत्ति (बैंक खाते, सीडी आदि) नहीं हैं।

\_\_\_\_\_  
(मरीज / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख

3. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं बेघर हूँ और \_\_\_\_\_ से बेघर हूँ

\_\_\_\_\_  
(मरीज / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख

4. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पास मेरे बिलों की बकाया राशि को कवर करने के लिए मेरे या किसी अन्य पक्ष के माध्यम से कोई मेडिकल कवरेज नहीं है।

\_\_\_\_\_  
(मरीज / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख

निवास प्रमाणीकरण पर मरीज / जिम्मेदारी पक्ष द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए

5. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि जिस समय सेवाएं प्राप्त हुई थीं, उस समय मैं न्यू जर्सी का निवासी हूँ/था और मैं न्यू जर्सी का निवासी रहने का इरादा रखता हूँ।

\_\_\_\_\_  
(मरीज / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

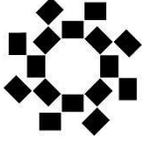
\_\_\_\_\_  
तारीख

6. मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सत्यापन पर दी गई सभी जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सत्य, पूर्ण और सही है।

\_\_\_\_\_  
(मरीज / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख



## जीवनसाथी का सत्यापन

केवल नीचे हस्ताक्षर करें जो आपकी स्थिति पर लागू हो:

1. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि \_\_\_\_\_ तक मुझे कोई आय प्राप्त नहीं हुई है।

तारीख

\_\_\_\_\_  
(जीवनसाथी / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख

2. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पास स्वयं या किसी अन्य पक्ष के माध्यम से कोई संपत्ति (बैंक खाते, सीडी आदि) नहीं हैं।

\_\_\_\_\_  
(जीवनसाथी / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख

3. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं बेघर हूँ और \_\_\_\_\_ से बेघर हूँ

\_\_\_\_\_  
(जीवनसाथी / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख

4. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पास मेरे बिलों की बकाया राशि को कवर करने के लिए मेरे या किसी अन्य पक्ष के माध्यम से कोई मेडिकल कवरेज नहीं है।

\_\_\_\_\_  
(जीवनसाथी / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख

निवास प्रमाणीकरण पर मरीज / जिम्मेदारी पक्ष द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए

5. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि जिस समय सेवाएं प्राप्त हुई थीं, उस समय मैं न्यू जर्सी का निवासी हूँ/था और मैं न्यू जर्सी का निवासी रहने का इरादा रखता हूँ।

\_\_\_\_\_  
(जीवनसाथी / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

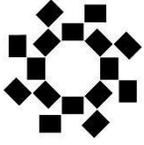
\_\_\_\_\_  
तारीख

6. मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि इस सत्यापन पर दी गई सभी जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सत्य, पूर्ण और सही है।

\_\_\_\_\_  
(जीवनसाथी / जिम्मेदार पक्ष)

\_\_\_\_\_  
संबंध

\_\_\_\_\_  
तारीख



## समर्थन का पत्र

मरीज: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

जन्म तिथि: \_\_\_\_\_ संक्षिप्त हस्ताक्षर सेवा की तिथि :: \_\_\_\_\_

मरीज को सहायता प्रदान करने वाले व्यक्ति द्वारा पूरा किया जाएगा। आपके साथ रहने वाले जीवनसाथी को शामिल नहीं करता है।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि नीचे दी गई जानकारी सत्य और सही है। मैं पूरी तरह से समझता हूँ कि गलत जानकारी देना या मांगी गई पूरी जानकारी देने में विफलता धोखाधड़ी का आधार बन सकती है और हैकेंसैक मेरिडियन हेल्थ कोई भी उचित कानूनी कार्रवाई कर सकती है। मैं आगे समझता हूँ कि यदि जानकारी गलत, अधूरी या किसी भी तरह से भ्रामक है, तो मुझे व्यक्तिगत रूप से जिम्मेदार ठहराया जाएगा।

### नीचे लागू होने वाले विकल्प पर चेक करें:

- उपरोक्त नामित व्यक्ति मेरे साथ रहता है, और (तारीख): \_\_\_\_\_ से है
- उपरोक्त नामित व्यक्ति सेवा के समय एनजे निवासी था, किसी अन्य राज्य या देश में कोई निवास नहीं है और एनजे राज्य में रहने का इरादा रखता है।
- उपरोक्त नामित व्यक्ति Medicaid या Medicare सहित किसी भी प्रकार के चिकित्सा बीमा द्वारा कवर नहीं है।
- उपरोक्त नामित व्यक्ति इस समय बेरोजगार है और ऊपर बताई गई सेवा की तिथि से कम से कम एक माह पहले से है।
- उपरोक्त नामित व्यक्ति को बेरोजगारी लाभ या किसी अन्य प्रकार के लाभ नहीं मिलते हैं (विकलांगता, एसएसआई, कल्याण, आदि।)
- मैं उपर्युक्त व्यक्ति के लिए भोजन और आश्रय प्रदान कर रहा हूँ।
- मैं ऊपर नामित व्यक्ति को प्रति माह \$ \_\_\_\_\_ की राशि में नकद प्रदान करता हूँ।
- उपरोक्त नामित व्यक्ति मेरे साथ नहीं रहता है लेकिन मैं निम्नलिखित के रूप में सहायता प्रदान करता हूँ:

\_\_\_\_\_

हस्ताक्षर

ऊपर नामित व्यक्ति के साथ आपका संबंध

पता: \_\_\_\_\_

(शहर)

(राज्य)

(ज़िप कोड)

फोन नंबर: \_\_\_\_\_