

خیراتی نگہداشت/مالی اعانت کی درخواست کا عمل

آپ ہسپتال سے ڈسچارج ہونے یا بیرون مریضوں (او پی ڈی) کی نگہداشت کی وصولی کے بعد 1 سال کے اندر مالی اعانت کے لیے درخواست دے سکتے ہیں۔

خیراتی نگہداشت نیو جرسی کے ان رہائشیوں کے لیے دستیاب ہے جو غیر بیمہ شدہ، کم بیمہ شدہ، یا ریاستی اور وفاقی پروگرامز کے لیے نا اہل ہیں۔ اہل ہونے کے لیے آپ کو آمدنی اور اثاثوں کے اہلیتی معیار دونوں پر پورا اترنا ہو گا۔

خیراتی نگہداشت صرف ہسپتال کی نگہداشت کا احاطہ کرتا ہے۔ پروگرام کا اطلاق معالجین یا دیگر فراہم کنندگان پر نہیں ہوتا جو اپنی سروسز کے لیے آزادانہ بل لیتے ہیں۔

- براہ کرم درخواست کو پُر کریں اور اس پر دستخط کریں۔ (اگر آپ نے متعدد ہیکن سیک میریڈیئن ہیلتھ ہاسپٹلز (Hackensack Meridian Health hospitals) سے نگہداشت وصول کی ہے، تو آپ کو ہر ایک ہسپتال کے لیے، جہاں سے آپ نے سروسز حاصل کی ہیں درخواست پر دستخط کرنے کی ضرورت ہو گی۔)
- تمام درکار دستاویزات کی نقول منسلک کریں۔
- تمام دستاویز کاری سروس کی ابتدائی تاریخ پر مبنی ہیں۔
- اگر آپ کی عمر 21 سال یا اس سے کم ہے اور آپ کالج کے کل وقتی طالب علم ہیں، تو آپ کے والد/والدہ یا سرپرست کو درخواست لازماً پُر کرنا ہو گی اور ضروری معاونتی دستاویزات فراہم کرنا ہوں گی۔ براہ کرم اپنے موجودہ اور گزشتہ سمیسٹرز کے لیے اپنی طالب علمی کی حیثیت اور مالی ایوارڈ کے خطوط کے ثبوت مہیا کریں۔

اگر آپ کو درخواست یا دستاویز کاری سے متعلق سوالات درپیش ہیں جو درخواست دینے کے لیے درکار ہیں، تو براہ کرم اس ہسپتال کے مالی صلاح کار کو کال کریں جہاں سے آپ نے اپنی سروسز حاصل کی ہیں۔

- 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

ذیل کے ہسپتالوں کے لیے، براہ کرم 732-902-7080 پر کال کریں

- 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

خیراتی نگہداشت کے لیے آپ کی درخواست پر کارروائی کرنے میں ہماری مزید رہنمائی کے لیے، براہ کرم ذیل میں فہرست کردہ صرف ان دستاویزات کی نقول فراہم کریں جو آپ کی صورت حال پر لاگو ہوتی ہیں۔ اگر ذیل میں فہرست کردہ موزوں دستاویزات فراہم نہ کی گئیں یا آپ کی درخواست نامکمل ہوئی، تو ہم آپ کی درخواست پر کارروائی کرنے کے قابل نہیں ہوں گے۔ تمام درکار دستاویزات آپ کی سروس کی تاریخ پر مبنی ہیں۔ سروس کی تاریخ سے مراد وہ پہلا دن ہے جب آپ حقیقتاً ہسپتال میں تھے۔

مریض، شریک حیات، 18 سال سے کم عمر بچے، اور 21 سالہ اور اس سے کم عمر کالج کے کل وقتی طالب علموں کے لیے ذاتی شناختی کارڈ
 • اپنے خاندان کے ہر فرد کے لیے کسی ایک کا انتخاب کریں: ڈرائیورز لائسنس، پیدائشی سرٹیفکیٹ، سوشل سکیورٹی کارڈ، پاسپورٹ

انشورنس کارڈز

• انشورنس کارڈ کے سامنے اور پیچھے والے حصے کی نقل کریں

بینک/اٹاٹوں کی اسٹیٹمنٹس جن میں سروس کی تاریخ والے دن کا بیلنس شامل ہو

- چیکنگ، سیونگ، اور ڈیبٹ کارڈ اکاؤنٹ اسٹیٹمنٹس
- آپ کی ظاہر کردہ آمدنی سے زیادہ ڈپازٹس کے لیے وضاحت درکار ہو سکتی ہے
- کسی بھی CD's، IRA's، 401K's، اسٹاکس یا بانڈز کے لیے موجودہ دستاویز کاری

سروس کی تاریخ سے ایک ماہ قبل کی آمدنی کا ثبوت

- کمائی گئی آمدنی کا ثبوت، بشمول آمدنی کی رسیدیں یا آپ کے آجر کی جانب سے کاروباری لیٹر ہیڈ پر مجموعی آمدنی کا تحریری دستخط شدہ بیان
- اگر آپ آزاد پیشہ ہیں، تو گزشتہ سال کے لیے ٹیکس ریٹرن کی نقل کے ساتھ اکاؤنٹنٹ کی جانب سے دستخط کردہ نفع و نقصان کی اسٹیٹمنٹ درکار ہوگی۔ اگر آپ کا کاروبار شراکتی یا کارپوریشن ہے، تو اکاؤنٹنٹ کی جانب سے اپنی ہفتہ وار تنخواہ کے ڈرا کے ہمراہ خط فراہم کریں۔
- غیر کمائی گئی آمدنی کا ثبوت، بشمول بلاتحدید ریٹائرمنٹ پنشن، بچوں کی معاونت، نان نفقہ، VA فوائد، سوشل سکیورٹی ایوارڈ کا خط، SSI ایوارڈ کے خطوط بسلسلہ تمام اہل خانہ، بے روزگاری یا معذوری کا ریاستی ریکارڈ یا دیگر مالی عطیات

سروس کی تاریخ سے قبل رہائش کا ثبوت

- اسٹریٹ کا پتہ لازمی ظاہر کریں – PO Box نہیں
- براہ کرم درج ذیل میں سے ایک کا انتخاب کریں: ڈرائیورز لائسنس، لیز کی کاپی، یوٹیلیٹی بل، سروس کی تاریخ سے پہلے اپنے نام اور پتے کے ساتھ جاری کی گئی تاریخ کی حامل ڈاک

مریض کی تصدیق: (تمام قابل اطلاق پر دستخط کریں اور تاریخ لکھیں)۔

- اگر شادی شدہ ہیں تو شریک حیات کی تصدیق (تمام قابل اطلاق پر دستخط کریں اور تاریخ لکھیں)۔

اگر آپ کی کوئی آمدنی نہیں ہے، تو جس فرد کے ساتھ سکونت پذیر ہیں (شریک حیات کے علاوہ کوئی اور فرد) جو آپ کی مالی اعانت میں مدد دے رہا ہے اس کی جانب سے دستخط کردہ معاونتی خط منسلک کریں۔

براہ کرم اپنی درخواست اور دستاویزات اوپر دینے کیے پتے پر بھیجیں جہاں آپ خیراتی نگہداشت کے لیے درخواست دے رہے ہیں۔ (یاد دہانی: خیراتی نگہداشت ہسپتال کے لیے مخصوص ہوتی ہے تو اگر متعدد مقامات پر سروسز فراہم کی گئی تھیں، تو ہر ایک مقام کے لیے الگ درخواست جمع کروانی ہوگی۔)



نیو جرسی ہاسپٹلز نگہداشتی معاونت کا پروگرام
خیراتی نگہداشت کی درخواست

ان تمام ہاسپٹلز پر نشان لگانیں جہاں سے آپ نے سروسز حاصل کی تھیں:

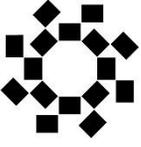
HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH ()

() SOMC () RBMC () OBMC

سیکشن I- ذاتی معلومات

تاریخ پیدائش		مریض کا نام (آخری، پہلا، M.I.)	
تاریخ درخواست		تاریخ سروس	
مریض کا گلی کا پتہ		تاریخ پیدائش؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
شہر، ریاست، زپ کوڈ		ٹیلیفون/سیل فون نمبر ()	
کیا آپ امریکی شہری ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		*گھرانے کا سائز	
قانونی رہائشی از: _____		ازدواجی حیثیت	
ضامن کا نام (اگر مریض کے علاوہ کوئی اور ہے تو)		کیا آپ نیو جرسی کے رہائشی ہیں؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
انشورنس کوریج:		انشورنس کوریج: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
انشورنس کمپنی _____		انشورنس کوریج پالیسی # _____	
دیگر افراد خانہ	رشتہ	تاریخ پیدائش	حاملہ ہیں؟ ہاں/نہیں
1			انشورنس کوریج ہے؟ ہاں/نہیں
2			
3			
4			
5			
6			
سیکشن II- اثاثہ جاتی معیار			
اثاثہ جات میں شامل ہے:			
A. سیونگز اکاؤنٹس			
B. چیکنگ اکاؤنٹس			
C. ڈپازٹ کے سرٹیفکیٹ / IRA			
D. ریئل اسٹیٹ میں اصل کاروباری حصہ (بنیادی رہائش کے علاوہ کوئی دیگر)			
E. دیگر اثاثہ جات، 401K، اسٹاکس اور بونڈز			
F. کل			

* خاندان کے افراد کی تعداد میں آپ، شریک حیات اور کوئی بھی نابالغ بچے شامل ہیں۔



مریض کی تصدیق

جو بھی آپ کی صورت حال پر لاگو ہوتا ہے ذیل میں ان پر دستخط کریں:

1. میں تصدیق کرتا ہوں کہ _____ تک مجھے کوئی آمدنی موصول نہیں ہوئی۔
تاریخ

_____ (مریض / ذمہ دار فریق) _____ تعلق _____ تاریخ

2. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے پاس اپنے یا کسی دوسرے فریق کے ذریعے کوئی اثاثے نہیں ہیں (بینک اکاؤنٹس، CD's، وغیرہ)۔

_____ (مریض / ذمہ دار فریق) _____ تعلق _____ تاریخ

3. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں بے گھر ہوں اور میں _____ سے بے گھر ہوں

_____ (مریض / ذمہ دار فریق) _____ تعلق _____ تاریخ

4. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے پاس اپنے یا کسی دوسرے فریق کے ذریعے اپنے بلز کی بقایا رقم کا احاطہ کرنے کے لیے کوئی طبی کوریج موجود نہیں ہے۔

_____ (مریض / ذمہ دار فریق) _____ تعلق _____ تاریخ

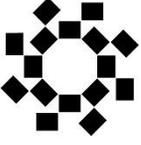
رہائشی تصدیق پر مریض/ذمہ دار فریق کے دستخط لازمی ہونے چاہئیں

5. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں اس وقت نیو جرسی کا رہائشی ہوں/تھا جب سروسز وصول ہونی تھیں اور یہ کہ میں نیو جرسی کا رہائشی رہنے کا ارادہ رکھتا ہوں۔

_____ (مریض / ذمہ دار فریق) _____ تعلق _____ تاریخ

6. میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس تصدیق میں دی گئیں تمام معلومات میرے بہترین علم کے مطابق سچی، مکمل اور درست ہیں۔

_____ (مریض / ذمہ دار فریق) _____ تعلق _____ تاریخ



شریک حیات کی تصدیق

آپ کی صورتحال کے مطابق جس کا اطلاق ہوتا ہے ذیل میں صرف اس پر دستخط کریں:

1. میں تصدیق کرتا ہوں کہ _____ تک مجھے کوئی آمدنی موصول نہیں ہوئی۔
تاریخ

_____ (شریک حیات / ذمہ دار فریق)
تعلق تاریخ

2. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے پاس اپنے یا کسی دوسرے فریق کے ذریعے کوئی اثاثے نہیں ہیں (بینک اکاؤنٹس، CD's، وغیرہ)۔

_____ (شریک حیات / ذمہ دار فریق)
تعلق تاریخ

3. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں بے گھر ہوں اور میں _____ سے بے گھر ہوں

_____ (شریک حیات / ذمہ دار فریق)
تعلق تاریخ

4. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے پاس اپنے یا کسی دوسرے فریق کے ذریعے اپنے بلز کی بقایا رقم کا احاطہ کرنے کے لیے کوئی طبی کوریج موجود نہیں ہے۔

_____ (شریک حیات / ذمہ دار فریق)
تعلق تاریخ

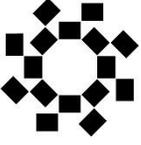
رہائشی تصدیق پر مریض/ذمہ دار فریق کے دستخط لازمی ہونے چاہئیں

5. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں اس وقت نیو جرسی کا رہائشی ہوں/تھا جب سروسز وصول ہوئی تھیں اور یہ کہ میں نیو جرسی کا رہائشی رہنے کا ارادہ رکھتا ہوں۔

_____ (شریک حیات / ذمہ دار فریق)
تعلق تاریخ

6. میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس تصدیق میں دی گئیں تمام معلومات میرے بہترین علم کے مطابق سچی، مکمل اور درست ہیں۔

_____ (شریک حیات / ذمہ دار فریق)
تعلق تاریخ



خط برائے معاونت

تاریخ:

مریض:

سروس کی ابتدائی تاریخ:

تاریخ پیدائش:

اس فرد کی جانب سے مکمل کیا جانے جو مریض کو معاونت فراہم کر رہا ہے۔ اپنے ساتھ رہنے والے شریک حیات کو شامل نہ کریں۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ ذیل میں دی گئی تمام معلومات سچی اور درست ہیں۔ میں اچھی طرح سمجھتا ہوں کہ غلط معلومات دینا یا درکار معلومات کو مکمل کرنے میں ناکامی کا نتیجہ دھوکہ دہی کی بنیاد بن سکتا ہے اور ہیکن سیک میریڈیٹن ہیلتھ کوئی بھی مناسب قانونی کارروائی کر سکتا ہے۔ میں مزید سمجھتا ہوں کہ اگر معلومات جعلی، نامکمل، یا کسی بھی طرح سے گمراہ کن ہوں تو مجھے ذاتی طور پر ذمہ دار ٹھہرایا جائے گا۔

ذیل میں ان سب پر نشان لگائیں جس کا بھی اطلاق ہوتا ہے:

مذکورہ بالا نامزد شخص میرے ساتھ رہائش پذیر ہے، اور اس (تاریخ) سے رہتا آیا ہے۔

سروس کے وقت مذکورہ بالا نامزد شخص N.J. کا رہائشی تھا، کسی دوسری ریاست یا ملک میں کوئی جائے رہائش نہیں ہے اور NJ کی ریاست میں ہی رہنے کا ارادہ رکھتا ہے۔

مذکورہ بالا نامزد شخص کا کسی بھی قسم کی طبی انشورنس بشمول Medicaid یا Medicare کی جانب سے احاطہ نہیں کیا گیا ہے۔

مذکورہ بالا نامزد شخص اس وقت بیروزگار ہے اور اوپر بتائی گئی سروس کی تاریخ سے کم از کم ایک ماہ قبل سے بیروزگار رہا ہے۔

مذکورہ بالا فرد کو بے روزگاری کے فوائد یا کسی اور قسم کے فوائد (معذوری، SSI، فلاح و بہبود، وغیرہ) موصول نہیں ہوتے

میں مذکورہ بالا نامزد شخص کے لیے خوراک اور پناہ فراہم کرتا ہوں۔

میں مذکورہ بالا نامزد شخص کو، ہر ماہ _____ ڈالر کی نقد رقم فراہم کرتا ہوں۔

مذکورہ بالا نامزد شخص میرے ساتھ رہائش پذیر نہیں ہے لیکن میں درج ذیل کی صورت میں معاونت فراہم کرتا ہوں:

دستخط

مذکورہ بالا نامزد فرد کے ساتھ آپ کا تعلق

پتہ:

(زپ کوڈ)

(ریاست)

(شہر)

فون نمبر: