



Hackensack Meridian Health

કૃપા કરીને સાથે જોડેલા તમારા ચેરિટી કેર/નાણાકીય સહાય અરજી ફોર્મ મેળવો.

તમે હોસ્પિટલમાંથી ડિસ્ચાર્જ અથવા બહારના દર્દીઓની સંભાળ પ્રાપ્ત થયા પછી 1 વર્ષની અંદર આર્થિક મદદ માટે અરજી કરી શકો છો.

ચેરિટી કેર ન્યૂ જર્સીનાં એવા રહેવાસીઓ માટે ઉપલબ્ધ છે, જેનો વીમો નથી, અપૂરતો વીમો છે અથવા રાજ્ય અને સંઘીય કાર્યક્રમો માટે અપાત્ર છે.

યોગ્યતા માટે તમારે આવક અને સંપત્તિ પાત્રતાનાં બંને માપદંડને પૂર્ણ કરવા આવશ્યક છે.

ચેરિટી કેર હોસ્પિટલની સંભાળને આવરી લે છે. આ કાર્યક્રમ એવા ચિકિત્સકો અથવા અન્ય પ્રદાતાઓ પર લાગુ પડતો નથી જેઓ તેમની સેવાઓ માટે સ્વતંત્ર રીતે બિલ આપે છે.

- કૃપા કરીને અરજી ભરો અને સહી કરો
- તમામ જરૂરી દસ્તાવેજોની નકલો જોડો.
- તમામ દસ્તાવેજીકરણ સેવાની તારીખ પર આધારિત છે.
- તમારી પ્રારંભિક અથવા સેવાની પ્રથમ તારીખ _____ છે
- જો તમે 21 વર્ષ કે તેથી ઓછી ઉંમરના છો અને કોલેજના પૂર્ણકાલીન વિદ્યાર્થી છો, તો તમારા માતાપિતા અથવા વાલીએ અરજી ભરવી આવશ્યક છે અને જરૂરી સહાયક દસ્તાવેજો પ્રદાન કરવા અનિવાર્ય છે. કૃપા કરીને તમારા વિદ્યાર્થી તરીકેનાં દરજ્જાનો પુરાવો આપો.

જો અરજી અથવા અરજી કરવા માટે જરૂરી છે તેવા દસ્તાવેજીકરણ સંબંધિત તમને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, કૃપા કરીને 732-902-7080 પર નાણાકીય સલાહકારને કોલ કરો. સલાહકારો સોમવાર થી શુક્રવાર દરમિયાન સવારે 8:00 થી સાંજે 4:00 વાગ્યા સુધી ઉપલબ્ધ છે.

() JERSEY SHORE UNIVERSITY MEDICAL CENTER (JSUMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1945 STATE ROUTE 33
NEPTUNE, NJ 07753

() SOUTHERN OCEAN MEDICAL CENTER (SOMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1140 ROUTE 72 WEST
MANAHAWKIN, NJ 08050

() OCEAN MEDICAL CENTER (OMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
425 JACK MARTIN BLVD
BRICK, NJ 08724

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER – PERTH AMBOY (RBMC-PA)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
530 NEW BRUNSWICK AVE
PERTH AMBOY, NJ 08861

() RIVERVIEW MEDICAL CENTER (RMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 RIVERVIEW PLAZA
RED BANK, NJ 07701

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER – OLD BRIDGE (RBMC-OB)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 HOSPITAL PLAZA
OLD BRIDGE, NJ 08857

() BAYSHORE COMMUNITY HOSPITAL (BCH)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
727 NORTH BEERS STREET
HOLMDEL, NJ 07733

ચેરિટી કેર માટેની તમારી અરજીની પ્રક્રિયા કરવામાં અમને વધુ સહાય કરવા માટે, કૃપા કરીને નીચે આપેલી યાદીમાંથી જે તમારી સ્થિતિને લાગુ પડતા હોય તેવા દસ્તાવેજોની નકલો પ્રદાન કરો. જો નીચે આપેલી યાદી અનુસાર યોગ્ય દસ્તાવેજો પ્રદાન કરવામાં આવ્યાં નહીં હોય અથવા તમારી અરજી અધુરી હશે તો, અમે તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરી શકીશું નહીં. તમામ જરૂરી દસ્તાવેજો તમારી સેવાની તારીખ પર આધારિત છે. સેવાની તારીખ મતલબ કે તમે ખરેખર હોસ્પિટલમાં હતા તેનો પ્રથમ દિવસ.

વીમા કાંઈસ, કૃપા કરીને આગળ અને પાછળની નકલ કરો

દર્દી, જીવનસાથી 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના બાળકો અને 21 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના કોલેજના વિદ્યાર્થીઓ માટે દર્દી આઇડી.

- કૃપા કરી તમારા પરિવારના દરેક સભ્ય માટે એક પસંદ કરો: ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ, જન્મનું પ્રમાણપત્ર, સામાજિક સુરક્ષા કાર્ડ, પાસપોર્ટ

તમારી સેવાની તારીખના રોજ બેલેન્સ શામેલ હોય તેવું સંપત્તિનું સ્ટેટમેન્ટ

- ચેકિંગ, બચત અને ડેબિટ કાર્ડના ખાતાનું સ્ટેટમેન્ટ
- જો સ્ટેટમેન્ટની પ્રિન્ટ કાઢેલી હોય તો તેના પર નાણાકીય સંસ્થાના પ્રતિનિધિ દ્વારા સિક્કો અને સહી કરાવો.
- તમારી જાણ કરાયેલી આવક પરની થાપણો માટે ખુલાસાની જરૂર પડી શકે છે.
- કોઈપણ CD's, IRA's, 401K's, સ્ટોક્સ અથવા બોન્ડ્સ માટે વર્તમાન દસ્તાવેજીકરણ.

સેવાની તારીખ પહેલાંના એક મહિના માટે આવકનો પુરાવો

- તમારા એમ્પ્લોયર દ્વારા બિઝનેસના લેટરહેડ પર કુલ આવકના હસ્તાક્ષર કરેલા લેખિત સ્ટેટમેન્ટ અથવા પગારની પાવતીઓ સહિત કમાયેલી આવકનો પુરાવો.
- જો તમે સ્વ રોજગાર છો, તો એકાઉન્ટન્ટ દ્વારા હસ્તાક્ષર કરાયેલું નફા અને નુકસાનનું સ્ટેટમેન્ટ આવશ્યક છે.
- બિન કમાયેલી આવકનો પુરાવો, જેમાં નિવૃત્તિ પેન્શન, બાળ સહાય, ખોરાકી, VA લાભો, સોશિયલ સિક્યુરિટી એવોર્ડ પત્ર, પરિવારના બધા સભ્યો માટે SSA એવોર્ડ પત્રો, બેરોજગારી અથવા રાજ્ય વિકલાંગતાના રેકોર્ડ અથવા અન્ય આર્થિક યોગદાન સહિત પરંતુ તે પૂરતું મર્યાદિત નહીં.
- પાછલા વર્ષ માટે તમારા ટેક્સના રીટર્નની સંપૂર્ણ નકલ. જો તમે ફાઇલ ન કર્યું હોય, તો કૃપા કરીને નોન ફાઇલર દરજ્જાની ચકાસણી માટે વિનંતી કરવા માટે 1-800-829-1040 પર કોલ કરો.

સેવાની તારીખ પહેલાંનો રહેઠાણનો પુરાવો

- શેરીનું સરનામું આવશ્યકપણે બતાવો – PO બોક્સ નહીં
- કૃપા કરીને નીચેનામાંથી એક પસંદ કરો: ડ્રાઇવરનું લાઇસન્સ, લીઝની નકલ, ઉપયોગિતા બિલ, સહાયનો પત્ર, સેવાની તારીખ પહેલાં તમારા નામ અને સરનામા સાથે ઇશ્યુ કરવામાં આવેલો તારીખ સાથેનો પત્ર

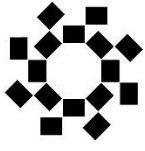
દર્દીની પ્રમાણિતતા: (સહી અને લાગુ પડે તે બધી તારીખ).

- જો પરિણીત હોવ તો જીવનસાથીની પ્રમાણિતતા (સહી અને લાગુ પડે તે બધી તારીખ).

તમને સહાય કરવામાં મદદરૂપ થઇ શકે તે માટે તમે જેમની સાથે રહો છો (જીવનસાથી સિવાય) તે વ્યક્તિ દ્વારા સહી કરેલ સહાયનો પત્ર સાથે જોડો.

કૃપા કરીને તમારી અરજી અને દસ્તાવેજો આ સરનામે મેઇલ કરો:

Jersey Shore University Medical Center
Financial Assistance
1945 State Route 33
Neptune, NJ 07753-9986



() JSUMC () OMC () RMC () BCH () SOMC () RB-PA () RB-OB

વિભાગ I – અંગત માહિતી

દર્દીનું નામ (છેલ્લું, પહેલું, એમ.આઇ.)		સામાજિક સુરક્ષા		જન્મતારીખ	
અરજીની તારીખ	સેવાની તારીખ	પસંદગીની ભાષા		સગર્ભા <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	
દર્દીનું શેરીનું સરનામું				ટેલિફોન/સેલ નંબર ()	
શહેર, રાજ્ય, ઝિપ કોડ				પરિવારનું કદ	લગ્નનો દરજ્જો
યુએસની સિટિઝનશીપ <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> તારીખથી કાયદેસર રહેવાસી: _____			N.J.નો પુરાવો રહેઠાણ <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> મરજન્સી સેવાઓ		
ગેરેન્ટરનું નામ (જો દર્દી સિવાય હોય તો)			વીમા કવરેજ: નામ: _____ <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના પોલિસી #: _____		
પરિવારના અન્ય સભ્યો	સંબંધ	જન્મતારીખ	સગર્ભા	વીમા કવરેજ	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

વિભાગ II- સંપત્તિ માપદંડ

સંપત્તિઓમાં શામેલ છે:

- A. બચત ખાતા _____
- B. ચેકિંગ ખાતા _____
- C. થાપણોના પ્રમાણપત્રો / IRA _____
- D. રીઅલ એસ્ટેટમાં ઇક્વિટી (પ્રાથમિક રહેઠાણ સિવાય) _____
- E. અન્ય સંપત્તિ, 401K, સ્ટોક્સ અને બોન્ડ્સ _____
- F. કુલ _____

* પરિવારના કદમાં પોતે, જીવનસાથી અને કોઇપણ સગીર બાળક શામેલ છે. ગર્ભવતી મહિલાને પરિવારના બે સભ્ય તરીકે ગણવામાં આવે છે.

વિભાગ III- આવકનો માપદંડ				
જ્યારે હોસ્પિટલની સંભાળ સહાયતા માટેની પાત્રતા નક્કી કરવામાં આવે ત્યારે, પુખ્ત માટે જીવનસાથીની આવક અને ધીરાણનો ઉપયોગ કરવો આવશ્યક છે સગીર બાળક માટે માતાપિતાની આવક અને ધીરાણનો ઉપયોગ કરવો આવશ્યક છે. આવકનો પુરાવો આ અરજી સાથે હોવો આવશ્યક છે. આવકસેવાની તારીખ પહેલાં અથવા તો બાર મહિના અથવા ત્રણ મહિના, એક મહિનો અથવા એક અઠવાડિયાની આવકની ગણતરીના આધારે છે.				
એમ્પ્લોયરનું નામ:		કુલ આવક		
		\$		
આવકનો સ્ત્રોત:		સાપ્તાહિક	માસિક	વાર્ષિક
A. કપાત પહેલાં પગાર / વેતન	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. જાહેર સહાય	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. સામાજિક સુરક્ષા/વિકલાંગતા લાભો	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. બેરોજગાર અને કામદારનું વળતર.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. વચસ્ક તરીકેના લાભો	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ખોરાકી / બાળ સહાય	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. અન્ય ફરજિયાત સહાય	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. પેન્શન ચુકવણીઓ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. વીમો અથવા વાર્ષિકી ચુકવણીઓ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. ડિવિડન્ડ્સ / વ્યાજ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. ભાડાની આવક	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. બિઝનેસની ચોખ્ખી આવક	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
અન્ય (હડતાળ લાભો, ટ્રેનિંગ સ્ટાઇપેન્ડ, મિલિટરી પરિવાર ફાળવણી, એસ્ટેટ અથવા ટ્રસ્ટ)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
આવકનો અન્ય સ્ત્રોત:	_____			
વિભાગ IV – અરજીકર્તા દ્વારા પ્રમાણિત				
<p>હું સમજું છું કે જે માહિતી હું જમા કરાવું છું તે યોગ્ય આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા અને સંઘીય અથવા રાજ્ય સરકારો દ્વારા ચકાસણીને આધીન છે. આ તથ્યોનું ઇરાદાપૂર્વક ખોટું વર્ણન કરવાથી હું નાગરિક દંડને આધીન હોસ્પિટલના તમામ ખર્ચ ચુકવવા માટે જવાબદાર બની શકું છું.</p> <p>જો આરોગ્ય સંભાળ સુવિધા દ્વારા વિનંતી કરવામાં આવે, તો હું હોસ્પિટલના બિલની ચુકવણી માટે સરકારી અથવા ખાનગી તબીબી સહાય માટે અરજી કરીશ.</p> <p>હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા પરિવારની સ્થિતિ, આવક અને સંપત્તિને લગતી ઉપરની માહિતી સાચી અને ખરી છે.</p> <p>હું સમજું છું કે મારી આવક અથવા સંપત્તિના સંદર્ભમાં તેની સ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફાર અંગે હોસ્પિટલને સલાહ આપવી તે મારી જવાબદારી છે.</p>				
દર્દી અથવા વાલીની સહી			તારીખ	

માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે: જવાબદારી વીમા કવરેજ નથી _____ %
વીમા કવરેજ પછી _____ %

માન્યતા તારીખ: _____ પ્રભાવમાં: _____ સમાપ્ત થાય છે: _____

મૂલ્યાંકન કરનારની સહી: _____



દર્દીનું પ્રમાણીકરણ

તમારી સ્થિતિમાં જે પણ લાગુ પડે તેમાં નીચે સહી કરો:

1. હું _____ ના રોજ પ્રમાણિત કરું છું કે મે કોઈ અન્ય આવક પ્રાપ્ત કરી નથી.
તારીખ

_____ (દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

_____ સંબંધ

_____ તારીખ

2. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારી પાસે મારી પોતાની અથવા કોઈ અન્ય પક્ષ દ્વારા સંપત્તિ નથી (બેંક ખાતા, CD's વગેરે).

_____ (દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

_____ સંબંધ

_____ તારીખ

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

_____ (દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

_____ સંબંધ

_____ તારીખ

4. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારી પાસે મારું પોતાનું અથવા કોઈ અન્ય પક્ષ દ્વારા મારા બિલની બાકી રકમ કવર કરવા માટે મેડિકલ કવરેજ નથી

_____ (દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

_____ સંબંધ

_____ તારીખ

રહેઠાણની પ્રમાણિતતા દર્દી/જવાબદાર પક્ષ દ્વારા સહી કરેલ હોવી આવશ્યક છે

5. હું પ્રમાણિત કરું છું કે સેવાઓ પ્રાપ્ત થઈ તે સમયે હું ન્યૂ જર્સીમાં રહેવાસી છું/હતો/હતી અને હું હજું પણ ન્યૂ જર્સીમાં જ રહેવા માગું છું.

_____ (દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

_____ સંબંધ

_____ તારીખ

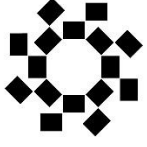
6. હું ખાતરીપૂર્વક કહું છું કે આ પ્રમાણીકરણમાં આપેલી તમામ માહિતી તમારી જાણ અનુસાર સાચી છે, પૂર્ણ છે અને ખરી છે.

_____ (દર્દી / જવાબદાર પક્ષ)

_____ સંબંધ

_____ તારીખ

_____ ઇન્ટરવ્યુ લેનાર



જીવનસાથીનું પ્રમાણીકરણ

તમારી સ્થિતિમાં જે પણ લાગુ પડે તેમાં નીચે સહી કરો:

1. હું પ્રમાણિત કરું છું કે _____ સુધીમાં મે કોઈ આવક પ્રાપ્ત કરી નથી.
તારીખ

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

2. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારી પાસે મારી પોતાની અથવા કોઈ અન્ય દ્વારા સંપત્તિઓ નથી બેંક ખાતા, CD's વગેરે).

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

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

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

4. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારી પાસે મારું પોતાનું અથવા કોઈ અન્ય પક્ષ દ્વારા મારા બિલની બાકી રકમ કવર કરવા માટે મેડિકલ કવરેજ નથી

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

રહેઠાણની પ્રમાણિતતા દર્દી/જવાબદાર પક્ષ દ્વારા સહી કરેલ હોવી આવશ્યક છે

5. હું પ્રમાણિત કરું છું કે સેવાઓ પ્રાપ્ત થઈ તે સમયે હું ન્યૂ જર્સીમાં રહેવાસી છું/હતો/હતી અને હું હજુ પણ ન્યૂ જર્સીમાં જ રહેવા માગું છું.

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ

6. હું ખાતરીપૂર્વક કહું છું કે આ પ્રમાણીકરણમાં આપેલી તમામ માહિતી તમારી જાણ અનુસાર સાચી છે, પૂર્ણ છે અને ખરી છે.

(જીવનસાથી / જવાબદાર પક્ષ)

સંબંધ

તારીખ



સહાય/મદદનો પત્ર

દર્દી:

તારીખ:

જન્મતારીખ:

સેવાની પ્રારંભિક તારીખ:

દર્દીને સહાય પૂરી પાડતી વ્યક્તિ દ્વારા પૂર્ણ કરવામાં આવે છે. તમારી સાથે રહેતા જીવનસાથી શામેલ કરતા નથી.

હું પ્રમાણિત કરું છું કે નીચે આપેલી માહિતી સાચી અને ખરી છે. હું સંપૂર્ણપણે સમજું છું કે ખોટી માહિતી આપવી અથવા વિનંતી કરેલી સંપૂર્ણ માહિતી આપવામાં નિષ્ફળતા એ છેતરપિંડીના આધારનું કારણ બની શકે છે અને મેરિડિયન હેલ્થ કોઈપણ યોગ્ય કાનૂની પગલાં લઈ શકે છે. હું વધુમાં સમજું છું કે જો માહિતી ખોટી, અપૂર્ણ અથવા કોઈપણ રીતે ગેરમાર્ગે દોરનારી આપવામાં આવે તો હું અંગત રીતે જવાબદાર રહીશ.

નીચેનામાંથી જે પણ લાગુ પડે તેમાં ખરાની નિશાની કરો:

- ઉપરોક્ત નામ વાળી વ્યક્તિ મારી સાથે રહે છે અને ત્યારથી છે (તારીખ): _____
- ઉપરોક્ત નામ વાળી વ્યક્તિ સેવાના સમયે NJ નિવાસી હતી, તેની પાસે બીજા કોઈ રાજ્ય અથવા દેશમાં રહેઠાણ નથી અને રાજ્યમાં રહેવા માંગે છે.
- ઉપરોક્ત નામવાળી વ્યક્તિ મેડિકેઇડ અથવા મેડિકેર સહિતના કોઈપણ પ્રકારનાં તબીબી વીમા દ્વારા આવરિત નથી.
- ઉપરોક્ત નામ વાળી વ્યક્તિ આ સમયે બેરોજગાર છે અને ઉપર સૂચવેલી સેવાની તારીખ પહેલાં ઓછામાં ઓછા એક મહિનાથી આ સ્થિતિમાં છે.
- ઉપરોક્ત નામ વાળી વ્યક્તિને બેરોજગારી લાભો અથવા અન્ય કોઈ પ્રકારનાં લાભો જેમ કે, વિકલાંગતા, SSI, કલ્યાણ, વગેરે મળતા નથી,
- હું ઉપરોક્ત નામ વાળી વ્યક્તિને ભોજન અને આશ્રય આપું છું.
- હું ઉપરોક્ત નામ વાળી વ્યક્તિને દર મહિને \$ _____ ની રકમમાં રોકડમાં આપું કરું છું.
- ઉપરોક્ત નામ વાળી વ્યક્તિ મારી સાથે રહેતી નથી પરંતુ હું આના રૂપમાં સહાય પ્રદાન કરું છું:

સહી

ઉપરોક્ત નામ વાળી વ્યક્તિ સાથે તમારો સંબંધ

સરનામું:

ફોન નંબર:
