

Hackensack Meridian Health

आपके अनुदान देखभाल/वित्तीय सहायता आवेदन पत्र संलग्न हैं।

आप अस्पताल से छुट्टी होने या आउटपैशेंट देखभाल की प्राप्ति के 1 वर्ष के अंदर वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं।

अनुदान देखभाल न्यू जर्सी के उन निवासियों के लिए उपलब्ध हैं, जिनके पास इंश्योरेंस नहीं है या राज्य और संघीय प्रोग्राम के लिए योग्य हैं।

पात्रता प्राप्त करने के लिए आपको आय और संपत्तियां दोनों के मापदंडों को पूरा करना होगा।

अनुदान देखभाल में अस्पताल देखभाल शामिल है। प्रोग्राम उन चिकित्सकों या अन्य प्रदाताओं पर लागू नहीं होता, जो अपनी सेवाओं के लिए स्वतंत्र रूप से बिल बनाते हैं।

- कृपया आवेदन पत्र भरें और उस पर हस्ताक्षर करें
- सभी आवश्यक दस्तावेजों की कॉपी संलग्न करें।
- सभी दस्तावेज, सेवा देने की तिथि पर आधारित हैं।
- आपका प्रारंभिक नाम या आपको सेवा देने की पहली तिथि यह है _____
- अगर आपकी आयु 21 वर्ष या उससे कम है और आप पूर्णकालिक कॉलेज विद्यार्थी हैं, तो आपके माता-पिता या अभिभावक को आवेदन प्रपत्र भरना चाहिए और उन्हें आवश्यक समर्थन दस्तावेज प्रदान करना चाहिए। कृपया अपने विद्यार्थी होने के प्रमाण दें।

अगर आवेदन या आवेदन करने के लिए आवश्यक दस्तावेजों के बारे में आपका कोई प्रश्न है तो कृपया वित्तीय परामर्शदाता को 732-902-7080 पर कॉल करें। परामर्शदाता सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 बजे से – दोपहर 4:00 बजे तक उपलब्ध हैं।

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

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

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

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

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

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

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

अनुदान देखभाल के लिए आपके आवेदन पत्र को प्रोसेस करने में हमें और ज़्यादा सहायता देने के लिए कृपया नीचे दिए गए उन दस्तावेज़ों की कॉपी प्रदान करें जो आपकी स्थिति में लागू होते हैं। अगर नीचे दिए गए उपयुक्त दस्तावेज़ नहीं दिए जाते हैं या आपका आवेदन अपूर्ण रहता है, तो हम आपका आवेदन प्रोसेस नहीं कर सकेंगे। सभी आवश्यक दस्तावेज़ आपकी सेवा की तिथि पर आधारित हैं। सेवा की तिथि का अर्थ है वह पहली तिथि जिस पर आपको वास्तव में अस्पताल ले जाया गया था।

इंश्योरेंस कार्ड, कृपया आगे और पीछे कॉपी करें

मरीज़ों, पत्नी, 18 वर्ष से कम आयु के बच्चे और 21 वर्ष से कम आयु के पूर्णकालिक कॉलेज विद्यार्थियों के लिए व्यक्तिगत ID.

- कृपया अपने परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए किसी एक का चयन करें: ड्राइवर का लाइसेंस, जन्म प्रमाणपत्र, सामाजिक सुरक्षा कार्ड, पासपोर्ट

संपत्ति का वह विवरण जिसमें आपकी सेवा की तिथि पर आपकी शेष राशि शामिल हो

- चेकिंग, बचत और डेबिट कार्ड खाता विवरण
- विवरण अगर प्रिंटआउट हो, तो उस पर स्टैम्प लगवाएं और उस पर वित्तीय प्रतिनिधि से हस्ताक्षर करवाएं.
- आपकी रिपोर्ट की गई आय के लिए विवरण की आवश्यकता हो सकती है.
- किसी भी CD, IRA, 401K, स्टॉक या बॉन्ड के लिए मौजूदा दस्तावेज़.

सेवा की तिथि के एक माह पहले तक आय का प्रमाण

- अर्जित आय का प्रमाण, आपके नियोक्ता की ओर से बिज़नेस लेटरहेड पर प्राप्त भुगतान रसीदें या सकल आय के लिखित हस्ताक्षरित विवरण सहित.
- अगर आप स्व-रोज़गाररत हैं तो अकाउंटेंट द्वारा हस्ताक्षरित लाभ हानि का विवरण आवश्यक है.
- अनर्जित आय का प्रमाण, जिसमें सेवानिवृत्ति पेंशन, बच्चे की आर्थिक सहायता, एलिमनी, VA अनुलाभ, सामाजिक सुरक्षा प्राप्त पत्र, सभी पारिवारिक सदस्यों का SSI अवार्ड पत्र, बेरोज़गारी या राज्य का अक्षमता रिकॉर्ड या अन्य वित्तीय योगदान शामिल हैं लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है.
- पिछले वर्ष के अपने टैक्स रिटर्न की पूर्ण कॉपी. अगर आपने वह फ़ाइल नहीं किया है, तो कृपया गैर-फ़ाइलर स्थिति के सत्यापन के लिए 1-800-829-1040 पर कॉल करें.

सेवा की तिथि के पहले निवासी होने का प्रमाण

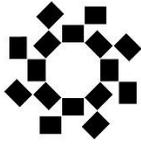
- सड़क का पता दिखाया जाना चाहिए – PO बॉक्स नहीं
- कृपया निम्न में से कोई एक चुनें, ड्राइवर का लाइसेंस, लीज़ की कॉपी, यूटिलिटी बिल, समर्थन पत्र, सेवा की तिथि से पहले आपके नाम और पते के साथ जारी की गई दिनांकित मेल

मरीज़ का अभिप्रमाणन: (जो लागू हो, उन सभी पर हस्ताक्षर करके तिथि अंकित करें).

- जीवन साथी का अभिप्रमाणन, अगर विवाहित हों (जो लागू हो, उन सभी पर हस्ताक्षर करके तिथि अंकित करें).

उस व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित समर्थन पत्र लगाएँ, जिसके साथ आप रहते (जीवनसाथी को छोड़कर) हैं, जो आपकी सहायता कर रहा है.

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



न्यू जर्सी हॉस्पिटल केयर असिस्टेंस प्रोग्राम
भागीदारी के लिए आवेदन

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

अनुभाग I – व्यक्तिगत जानकारी

मरीज़ का नाम (अंतिम, प्रथम, मध्य आद्याक्षर)		सामाजिक सुरक्षा	जन्म तिथि	
आवेदन की तिथि	सेवा की तिथि	प्राथमिक भाषा	गर्भवती <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	
मरीज़ का स्ट्रीट पता			टेलीफोन/सेल नंबर ()	
शहर, राज्य, ज़िप कोड			परिवार के सदस्यों की संख्या	वैवाहिक स्थिति
अमेरिकी नागरिकता <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> कानूनी निवासी इस समय से हैं: _____		एन.जे. का प्रमाण निवासी स्थिति <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> आपातकालीन सेवाएं		
गारंटीकर्ता का नाम (अगर वह मरीज़ से अलग हो)		इंश्योरेंस कवरेज: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं नाम: _____ पॉलिसी#: _____		
परिवार का अन्य सदस्य	संबंध	जन्म तिथि	गर्भवती	इंश्योरेंस कवरेज
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

अनुभाग II- संपत्ति मापदंड

संपत्ति में यह शामिल है:

- A. बचत खाते _____
- B. चेकिंग खाते _____
- C. जमा राशि के प्रमाणपत्र / IRA _____
- D. रियल एस्टेट में इक्विटी (मुख्य निवास को छोड़कर) _____
- E. अन्य संपत्तियां, 401K, स्टॉक और बॉन्ड _____
- F. कुल _____

* परिवार के सदस्यों में स्वयं, जीवनसाथी और सभी अवयस्क बच्चे शामिल हैं। गर्भवती महिला को परिवार के दो सदस्य माना जाएगा।

अनुभाग III- आय का मापदंड

अस्पताल देखभाल की पात्रता का निर्धारण करते समय, वयस्क व्यक्ति (व्यक्तियों) के लिए जीवनसाथी की आय और क्रेडिट का उपयोग किया जाना चाहिए। आय और क्रेडिट का उपयोग अवयस्क बच्चे के लिए किया जाना चाहिए। इस आवेदन के साथ आय का प्रमाण आवश्यक तौर पर शामिल किया जाना चाहिए। आय इस पर आधारित है सेवा की तिथि के पांच महीने, तीन महीने, एक महीना, एक सप्ताह पहले की आय की गणना।

नियोक्ता का नाम:	कुल आय \$
------------------	--------------

आय का स्रोत:	साप्ताहिक	मासिक	वार्षिक
A. कटौती से पहले वेतन / मज़दूरी _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. सार्वजनिक सहायता _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. सामाजिक सुरक्षा/अक्षमता हितलाभ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. बेरोज़गारी और कर्मचारी प्रतिपूर्ति _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. वरिष्ठ व्यक्ति के हितलाभ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. एलिमनी/ बच्चों को सहायता _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. अन्य मौद्रिक सहायता _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. पेंशन के भुगतान _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. इंश्योरेंस या वार्षिकी भुगतान _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. लाभांश/ ब्याज _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. किराए की आय _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. शुद्ध व्यावसायिक आय _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. अन्य (स्टाइक अनुलाभ, प्रशिक्षण वृत्ति, मिलिट्री पारिवारिक आबंटन, एस्टेट या ट्रस्ट) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
आय का अन्य स्रोत: _____			

अनुभाग IV – आवेदक द्वारा प्रमाणपत्र

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा सबमिट की गई जानकारी उपयुक्त स्वास्थ्य देखभाल सुविधा और संघीय या राज्य सरकारों द्वारा सत्यापन के अधीन है। इन तथ्यों के बारे में जानबूझकर गलत जानकारी देने से मैं नागरिक ज़ुर्माने के अधीन अस्पताल के सभी शुल्कों के लिए दायी रहूंगा/रहूंगी।

अगर स्वास्थ्य देखभाल सुविधा द्वारा इसका अनुरोध किया जाता है, तो मैं अस्पताल के बिल का भुगतान करने के लिए सरकारी या निजी चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन करूंगा/करूंगी।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे परिवार की स्थिति, आय और संपत्ति के बारे में ऊपर दी गई जानकारी सत्य और सही है।

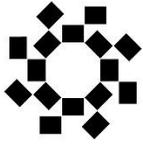
मैं यह समझता/समझती हूँ कि मेरी आय या संपत्तियों के बारे में स्थिति में बदलाव की जानकारी अस्पताल को देना मेरी ज़िम्मेदारी है।

मरीज़ या अभिभावक के हस्ताक्षर	तिथि
-------------------------------	------

केवल कार्यालय के उपयोग के लिए: जवाबदेही कोई इंश्योरेंस कवरेज नहीं _____ %
इंश्योरेंस कवरेज के बाद _____ %

स्वीकृति की तिथि: _____ प्रभावी होने की तिथि: _____ समाप्ति की तिथि: _____

मूल्यांकनकर्ता के हस्ताक्षर: _____



मरीज का अभिप्रमाणन

आपकी स्थिति में जो भी लागू हो, उसके नीचे हस्ताक्षर करें:

1. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि _____ तक मुझे कोई भी आय प्राप्त नहीं हुई है.
तिथि

(मरीज़/ जवाबदेह पक्ष)

संबंध

तिथि

2. मैं अभिप्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पास अपना या किसी अन्य पक्ष की कोई संपत्ति (बैंक अकाउंट, CD, आदि.) नहीं है.

(मरीज़/ जवाबदेह पक्ष)

संबंध

तिथि

3. मैं अभिप्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं बेघर हूँ और मैं _____ से बेघर हूँ

(मरीज़/ जवाबदेह व्यक्ति)

संबंध

तिथि

4. मैं अभिप्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पास अपने या किसी अन्य पक्ष की ओर से कोई भी चिकित्सा कवरेज नहीं है, जिससे मैं अपने बिलों की बकाया राशि को कवर कर सकूँ.

(मरीज़ / जवाबदेह पक्ष)

संबंध

तिथि

निवास-स्थान का अभिप्रमाणन मरीज़/जवाबदेह पक्ष द्वारा किया जाना चाहिए

5. मैं अभिप्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं सेवा प्राप्त करने के समय न्यू जर्सी का/की निवासी हूँ/था/थी और यह कि मेरा इरादा न्यू जर्सी का निवासी बने रहने का है.

(मरीज़ / जवाबदेह पक्ष)

संबंध

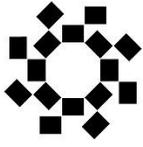
तिथि

6. इस अभिप्रमाणन पर दी गई सभी सूचना मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य, पूर्ण और सही है.

(मरीज़ / जवाबदेह पक्ष)

संबंध

तिथि



जीवनसाथी का अभिप्रमाणन

आपकी स्थिति में जो भी लागू हो, उसके नीचे हस्ताक्षर करें:

1. मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि _____ तक मुझे कोई भी आय प्राप्त नहीं हुई है.
तिथि

(जीवनसाथी / जवाबदेह पक्ष)

संबंध

तिथि

2. मैं अभिप्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पास अपना या किसी अन्य पक्ष की कोई संपत्ति (बैंक अकाउंट, CD, आदि.) नहीं है.

(जीवनसाथी / जवाबदेह पक्ष)

संबंध

तिथि

3. मैं अभिप्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं बेघर हूँ और मैं _____ से बेघर हूँ

(जीवनसाथी / जवाबदेह पक्ष)

संबंध

तिथि

4. मैं अभिप्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे पास अपने या किसी अन्य पक्ष की ओर से कोई भी चिकित्सा कवरेज नहीं है, जिससे मैं अपने बिलों की बकाया राशि को कवर कर सकूँ.

(जीवनसाथी / जवाबदेह पक्ष)

संबंध

तिथि

निवास-स्थान का अभिप्रमाणन मरीज/जवाबदेह पक्ष द्वारा किया जाना चाहिए

5. मैं अभिप्रमाणित करता/करती हूँ कि मैं सेवा प्राप्त करने के समय न्यू जर्सी का/की निवासी हूँ/था/थी और यह कि मेरा इरादा न्यू जर्सी का निवासी बने रहने का है.

(जीवनसाथी / जवाबदेह पक्ष)

संबंध

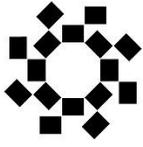
तिथि

6. इस अभिप्रमाणन पर दी गई सभी सूचना मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य, पूर्ण और सही है.

(जीवनसाथी / जवाबदेह पक्ष)

संबंध

तिथि



समर्थन का पत्र / सहायता

मरीज़:

तिथि:

जन्म तिथि:

सेवा की शुरुआती तिथि:

उस व्यक्ति द्वारा पूर्ण किया जाएगा जो मरीज़ को सहायता प्रदान कर रहा है. इसमें आपके साथ रह रहा/रही जीवन साथी शामिल नहीं है.

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि नीचे दी गई जानकारी सत्य और सही है. मैं यह पूरी तरह समझता/समझती हूँ कि गलत जानकारी देने या अनुरोधित पूर्ण जानकारी देने में विफल रहने से धोखाधड़ी का आधार उत्पन्न होता है और Meridian Health इसके लिए उपयुक्त कानूनी कार्रवाई कर सकता है. मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि अगर जानकारी गलत, अपूर्ण या किसी भी तरह से भ्रामक होगी, तो मैं इसके लिए व्यक्तिगत तौर पर ज़िम्मेदार रहूंगा/रहूंगी.

नीचे जो भी लागू हो, उस पर सही का निशान लगाएं:

- उपरोक्त नाम वाला व्यक्ति मेरे साथ रहता है और इस तिथि से मेरे साथ है: _____
- उपरोक्त नाम वाला व्यक्ति सेवा की तिथि पर N.J. का निवासी था, उनका दूसरे राज्य या देश में कोई अन्य निवास नहीं है और उनका इसी राज्य में रहने का इरादा है.
- उपरोक्त नाम वाला व्यक्ति मेडिकेड या मेडिकेयर सहित किसी भी प्रकार के चिकित्सा इंश्योरेंस द्वारा कवर नहीं है.
- उपरोक्त नाम वाला व्यक्ति इस समय बेरोज़गार है और वह ऊपर बताई गई सेवा के कम से कम एक माह पहले से बेरोज़गार है.
- उपरोक्त नाम वाले व्यक्ति को कोई भी बेरोज़गारी अनुलाभ या अन्य प्रकार के अनुलाभ प्राप्त नहीं होते हैं जैसे अक्षमता, SSI, कल्याण राशि आदि.
- मैं उपरोक्त नाम वाले व्यक्ति को भोजन और आश्रय प्रदान कर रहा/रही हूँ.
- मैं उपरोक्त नाम वाले व्यक्ति को प्रति माह \$ _____ नकद राशि प्रदान कर रहा/रही हूँ.
- उपरोक्त नाम वाला व्यक्ति मेरे साथ रहता है, लेकिन मैं उन्हें इस स्वरूप में सहायता प्रदान करता/करती हूँ:

हस्ताक्षर

उपरोक्त नाम वाले व्यक्ति के साथ आपका संबंध

पता:

फ़ोन नंबर: