



St Lukes Warren Campus
185 Roseberry Street
Phillipsburg, NJ 08865
(908) 847-6828
(908) 859-6844

NJ હોસ્પિટલ કેર આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ એપ્લિકેશન કમ્પ્લાયન્સ લિસ્ટ (હોસ્પિટલમાં સંભાળમાં સહાયના કાર્યક્રમની અરજી માટે પાલન કરવાની યાદી)

ઓળખ

- દર્દી અને કાયદેસરના જીવનસાથી
 - a) નીચેનામાંથી કોઈપણ એક: ડ્રાઈવર લાયસન્સ, મોટર વેહિકલ, સોશિયલ સિક્યુરિટી કાર્ડ, રેસિડન્ટ એલિયન, વોટર્સ રજીસ્ટ્રેશન, મેડિકર, નોકરીએ રાખનારની ઓળખ; જન્મનું પ્રમાણ પત્ર, પાસપોર્ટ. ઉપરાંત લગ્નનું પ્રમાણપત્ર (જો પત્ની તમારું અંતિમ નામ ધરાવતી હોય નહીં)
 - b) ઘરમાંના સગીર વયના લોકો (જો એક પૂર્ણ સમય માટેના વિદ્યાર્થી હોય તો 22 વર્ષની ઉંમર સુધી)
 - c) દરેક સગીર માટે નીચેનામાંથી કોઈપણ એક: વિદ્યાર્થી ઓળખ, મોટર વેહિકલ, સોશિયલ સિક્યુરિટી કાર્ડ, રેસિડન્ટ એલિયન; જન્મનું પ્રમાણપત્ર અથવા પાસપોર્ટ
- સહાયક
 - c) કોઈપણ ફોર્મ ઉપર દર્શાવેલામાંથી યાદીમાં હોયA

રહેઠાણ

- દર્દી અને કાયદેસરના જીવનસાથી
 - a) એક દર્દીનું માન્ય NJ ડ્રાઈવરનું લાયસન્સ (w/તેના પર વર્તમાન સરનામું), એપાર્ટમેન્ટ લીઝ, ટેલિફોન બિલ (w/તેના પર સરનામું), કેબલ અથવા સુવિધા (PSE&G)નું બિલ આના માટે વર્તમાન અથવા પહેલાંના મહિનાનું જ્યારે એ સેવા આપવામાં આવી હતી અથવા એક સ્ટેમ્પ કરેલ PSE&G નું પ્રિન્ટઆઉટ (____/____/____ અથવા ____/____/____), મિલકતનો કરાર
 - b) તમે જેની સાથે રહેતા હોવ એ વ્યક્તિ અથવા મકાન માલિક દ્વારા એક પત્ર અથવા સહી (આનો સમાવેશ થવો અનિવાર્ય છે: તારીખ, તમે ત્યાં કેટલાં સમયથી રહો છો અને તમારું સરનામું, તેમના/તેણી દ્વારા ફોન નંબરની સાથે સહી કરેલ)
- સહાયક
 - c) તમને મદદ કરતી હોય તે વ્યક્તિ દ્વારા એક પત્ર અથવા સહી(A માં યાદી આપવામાં આવેલ હોય તેવા કોઈપણનો સમાવેશ કરવો અનિવાર્ય છે)

આવક

- દર્દી અને કાયદેસરના જીવનસાથી
 - ____/____/____ થી ____/____/____ અંતિમ ચાર પગારના અડધિયાંની નકલ (4) અથવા ____/____/____ બે (2) માટે પગારના અડધિયાં અને ____/____/____ જો તમે બે અઠવાડિયે પગાર મેળવતાં હોવ
 - તમે ત્યાં કેટલાં સમય થી કામ કરી રહ્યા છો તે અઠવાડિક કુલ આવક દર્શાવતો કંપનીના લેટરહેડ પર એક પત્ર. (સહી કરેલી હોવી અનિવાર્ય છે, નામાંકિત અને તારીખ યુક્ત અરજી કરવા આવો તેના ઓછામાં ઓછા (4) ચાર દિવસ પહેલાં) (જોડેલ નમૂનો જુઓ)
 - અંતિમ બેની નકલ (2) બેરોજગારી/વિકલાંગતાના અડધિયાં ____/____/____ થી ____/____/____ અથવા એક પ્રિન્ટ થયેલો અહેવાલ ____/____/____ માટે
 - સોશિયલ સિક્યુરિટી એવોર્ડનો પત્ર અને/અથવા પેન્શનના અડધિયાં ____/____/____ થી ____/____/____
 - જો સ્વ-રોજગાર મેળવતા હોવ, તો એક હિસાબનીશ પાસેથી નફા અને નુકશાનનું પત્રક છેલ્લાં ત્રણ (3) મહિના ____/____/____ થી ____/____/____ (જોડેલ નમૂનો જુઓ)
 - એક જાહેર હિસાબનીશ પાસેથી એક નોટરાર્જક પત્ર (જોડેલ નમૂનો જુઓ)

- આવક વેરાના કાગળો આ માટે _____ (જો સેવાની તારીખ આની વચ્ચે આવતી હોય **12/01** અને/અથવા **1/31()**, સહી કરેલી હોવી અનિવાર્ય છે, બનાવનારની કરવેરાની વ્યક્તિ, તમે પોતે અને/અથવા કાયદેસરના જીવનસાથી
- આવકના આવા બીજા સ્ત્રોતો: બાળ સહાયક પત્ર અથવા પ્રિંટ કરેલ, વેલફેર પેકેજ G/H, વાર્ષિકી, ગુજરાન-ખર્ચ વગેરે ...

મિલકતો

• દર્દી અને કાયદેસરના જીવનસાથી

- ____/____ અને ____/____ મહિનાઓ માટે ચેકિંગ/સેવિંગ્સ ખાતાની અથવા પાસબુકની નકલ
- ____/____/____ સેવાની તારીખ માટે એક બેંકના લેટરહેડ પર ખાતાની સિલક
- એક સિક્કો લગાવેલ પ્રિંટ કરેલ છેલ્લા (15) દિવસોનો અહેવાલ
(પત્ર અથવા અહેવાલની તારીખ અરજી કરવા આવો એના (3) દિવસો પહેલાંની હોવી અનિવાર્ય છે)
- ____/____ માટે 401 K પ્લાન્સ, ડિવિડન્ડ્સ, સ્ટોક્સ, I.R.A., થાપણોનું પ્રમાણપત્ર, વગેરે, વગેરે ના સ્ટેટમેન્ટ્સની નકલો.

કૃપા કરીને ઉપર જેની યાદી આપવામાં આવેલી છે એ દસ્તાવેજો મેળવો અને ન્યુ જર્સી હોસ્પિટલ કેર આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ માટે અરજી કરો

આ સ્થળ પર સ્થિત અમારા વિભાગમાં:

(મેથ્યુ જ્યોર્જ અને નાઓમી પેન્ટોજ)

185 રોઝબેરી સ્ટ્રીટ

ફિલિપ્સબર્ગ, NJ 08865

સોમવાર - શુક્રવાર 8:00 am to 4:00 pm

ફોન # (908) 847-6828

ફેક્સ # (908) 847-6039 (અંગ્રેજી અને/અથવા સ્પેનિશ)

PS: કૃપા કરીને તમને પાછા આપવામાં આવેલા અહેવાલ અને દસ્તાવેજોને મુખ્ય લોબીમાં લાવો અને સૂચનાને અનુસરો આભાર.

હકીકતનું સોગંદનામું

ખાતા નંબર # _____

મેડિકલ રેકૉર્ડ નંબર # _____

દર્દી: _____

સેવાની તારીખ: ____/____/____

બાંધધરી આપનાર: _____

દર્દી સાથે સંબંધ: _____

1. હું અહીં રહેલ છું: _____

સરનામું

શહેર

રાજ્ય

પિન કોડ

આ તારીખ થી: ____/____/____ વધુમાં, હું આ હેતુ
ધરાવું છું ન્યુ જર્સીના રહેવાસી તરીકે રહીશ.

નાગરિક?

હા

☐

ના

☐

2. સેવાના સમયે

હું આ હતો/હતી:

કંપનીનું નામ: _____

☐

બેરોજગાર

દર્દીની કમાણી/મેળવે છે: \$ _____

\$

☐

અઠવાડિક

☐

પખવાડિક

☐

માસિક

☐

મેળવે છે

મેળવેલ અન્ય આવકમારા/જીવનસાથી

☐

નિવૃત્ત

દ્વારા સમાવેશ થાય છે: \$ _____

\$

☐

અઠવાડિક

☐

પખવાડિક

☐

માસિક

☐

રોજગાર પામેલ

વધારાની આવકનો સ્ત્રોત: _____

☐

સેવાના સમયે મારી પાસે કોઈપણ આવક ન હતી. હું આના દ્વારા સહાય પામેલ: _____

સંબંધ: _____

સરનામું _____

3. હું આ છું: ☐ એકલ

☐

પરણેલ

☐

છૂટાછેડા પામેલ

☐

વિધવા/વિધૂર

☐

અલગ થયેલ

મારી સાથે _____

સગીર વયના બાળક(બાળકો) રહે છે. _____

4. ☐ મારી/અમારી પાસે કોઈપણ જાતનો વીમો

☐

સેવાના સમયે હતો નહીં.

☐

મારી/અમારી પાસે કોઈપણ જાતનો વીમો હતો નહીં
અથવા આના દ્વારા મર્યાદિત આવરણ હતું:

વીમા કંપનીનું નામ: _____

પોલીસી નંબર #: _____

ભરણું નોંધાવનાર: _____

5. સેવાની પ્રથમ તારીખ પર, મારી/અમારી પાસે પ્રવાહી મિલકતની રકમ આ હતી :\$ _____

બેંક: _____

☐

સેવા ના સમય દરમિયાન મારી/અમારી પાસે કોઈપણ જાતની પ્રવાહી મિલકત ન હતી.

ન્યુ જર્સી હોસ્પિટલ કેર આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામમાં અરજી કરવા માટે હું આ સોગંદનામું બનાવું છું. મને ખબર છે કે આ સહાય માત્ર તબીબી રીતે જરૂરી હોસ્પિટલ સંભાળ માટે અને ફિઝિશિયનની સેવાઓ, એનેસ્થેસિયોલોજીની સેવાઓ માટે જ ઉપલબ્ધ છે. રેડિયોલોજીના અર્થઘટન, બહારના દર્દી માટેની થેરપી અને બહારના દર્દી માટેના પ્રિસ્ક્રિપ્શન હોસ્પિટલના ખર્ચથી અલગ છે અને તેઓ ઘટાડા માટે લાયક ના પણ હોય.

આ સોગંદનામા પર સહી કરવાથી, હું એ પ્રમાણિત કરું છું કે હું જે દાવો કરું છું એ જ હું છું. મને ખબર છે કે, જો નીચેનામાંથી કોઈપણ વિધાનો ખોટા હોય, તો હું સજાને પાત્ર છું.

સહી _____

તારીખ: ____/____/____

ન્યુ જર્સી હોસ્પિટલ કેર આસિસ્ટન્સ પ્રોગ્રામ
સહભાગ માટેની અરજી

વિભાગ I - વ્યક્તિગત માહિતી			
1. દર્દીનું નામ _____ (અંતિમ) _____ (પ્રથમ) _____ (વચ્ચું ટુકડું નામ)		2. સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર	
3. અરજીની તારીખ ____/____/____ મહિનો દિવસ વર્ષ	4. સેવાની શરૂઆતની તારીખ ____/____/____ મહિનો દિવસ વર્ષ	5. સેવાની વિનંતી કર્યાની તારીખ ____/____/____ મહિનો દિવસ વર્ષ	
6. દર્દીની શેરીનું સરનામું		7. ટેલિફોન નંબર ()	
8. શહેર, રાજ્ય, પિન કોડ		9. પરિવારના લોકોની સંખ્યા	
10. યુ.એસ. નાગરિકત્વ ☐ હા ☐ ના ☐ અનિર્ણિત અરજી		11. NJ રાજ્યમાં 3 મહિના રહેઠાણ હોવાની સાબિતી ☐ હા ☐ ના	
12. બાયધરી આપનારનું નામ (જો દર્દી સિવાયના હોય તો)		13. શું દર્દી (જીવનસાથી, માતા-પિતા, અન્યના) વીમા આવરણ ધરાવે છે ☐ હા ☐ ના કંપનીનું નામ _____ સરનામું _____	

પરિવારના યોગ્ય સભ્યો, અરજી કરનાર સહિત

નામ	જન્મ તારીખ	સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર	માસિક પગાર

વિભાગ II - મિલકતોનો માપદંડ

14. વ્યક્તિગત મિલકતો: _____

15. પારિવારિક મિલકતો: _____

16. મિલકતોમાં આનો સમાવેશ થાય છે:

A. રોકડ _____

B. બચત ખાતાં _____

C. ચેકિંગ ખાતાં _____

D. થાપણનું પ્રમાણપત્ર/I.R.A _____

E. સ્થાવર મિલકતમાં ઇક્વિટી (પ્રાથમિક રહેઠાણ સિવાય) _____

F. અન્ય મિલકતો (ટ્રેઝરીના બિલ, નિગોશિયેબલ પેપર, કૉર્પોરેટ સ્ટૉક્સ અને બૉન્ડ્સ) _____

G. કુલ _____

*પરિવારના લોકોની સંખ્યામાં પોતાની જાત, જીવનસાથી અને કોઈપણ સગીર બાળકોનો સમાવેશ થાય છે. એક સગર્ભા સ્ત્રીને પરિવારના બે સભ્ય તરીકે ગણવામાં આવે છે

સહભાગ માટેની અરજી

સહભાગ માટેની અરજી (ચાલુ)

વિભાગ III - આવકનો માપદંડ

હોસ્પિટલની સંભાળમાં સહાયતા અંગેની યોગ્યતા નક્કી કરતી વખતે, એક પુરૂષ વયની વ્યક્તિ માટે જીવનસાથીની આવક અને મિલકતોનો ઉપયોગ કરવો અનિવાર્ય છે; એક સગીર વયના બાળક માટે માતા-પિતાની આવક અને મિલકતોનો ઉપયોગ કરવો અનિવાર્ય છે. આ અરજીની સાથે આવકની સાબિતી આપવી અનિવાર્ય છે.

આવક, સેવાની તારીખ પહેલાંની બાર મહિનાની, ત્રણ મહિનાની અથવા એક મહિનાની આવકની ગણતરીના આધારે ગણવામાં આવે છે.

દર્દી/પરિવારની કુલ આવક નીચેનામાંથી કોઈપણથી ઓછી હોય:

છેલ્લા 12 મહિના	અથવા	છેલ્લા 3 મહિના X 4	અથવા	છેલ્લા 1 મહિના X 12

17. આવકનો સ્ત્રોતો

	અઠવાડિક	માસિક	વાર્ષિક
A. પગાર/કપાતો પહેલાંનું મહેનતાણું	☐	☐	☐
B. જાહેર સહાય	☐	☐	☐
C. સામાજિક સુરક્ષાના લાભ	☐	☐	☐
D. બેરોજગારી અને વર્કમેનનું વળતર	☐	☐	☐
E. લશ્કરી નિવૃત્તિના લાભ	☐	☐	☐
F. ગુજરાન-ખર્ચ/બાળ સહાય	☐	☐	☐
G. અન્ય નાણાંકીય સહાય	☐	☐	☐
H. પેન્શનની ચુકવણીઓ	☐	☐	☐
I. વીમા અથવા વાર્ષિકીની ચુકવણીઓ	☐	☐	☐
J. ડિવિડન્ડ/વ્યાજ	☐	☐	☐
K. ભાડાંની આવક	☐	☐	☐
L. ધંધાની ચોખ્ખી આવક (સ્વ રોજગાર પામેલ/ચકાસેલ સ્વતંત્ર સ્ત્રોત દ્વારા)	☐	☐	☐
M. અન્ય (હડતાળના લાભ, તાલિમના સ્ટાઇપન્ડ, મિલિટરી પરિવાર ફાળવણી, એસ્ટેટ અને ટ્રસ્ટમાંથી આવક)	☐	☐	☐
N. કુલ	☐	☐	☐

વિભાગ IV - અરજી કરનારનું પ્રમાણન

હું સમજું છું કે હું જે માહિતી સુપ્રત કરું છું તે યોગ્ય સ્વાસ્થ્ય સંભાળની સુવિધા દ્વારા અને સમવાયી અથવા રાજ્ય સરકાર દ્વારા ચકાસણીને પાત્ર છે. સરકારો. આ હકીકતોની જાણી-જાણીને કરેલ ખોટી રજૂઆતો મને હોસ્પિટલના તમામ ખર્ચ અને સિવિલ દંડને પાત્ર બનાવે છે.

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

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા પરિવારના સભ્યોની સંખ્યા, આવક અને મિલકતો અંગેની ઉપર આપેલી માહિતી સત્ય અને સાચી છે.

હું સમજું છું કે મારી આવકની સ્થિતિના સંબંધમાં થયેલ કોઈપણ ફેરફાર અંગે હોસ્પિટલને જાણ કરવી એ મારી જવાબદારી છે.

18. દર્દીની અથવા બાંધધરી આપનારની સહી

19. તારીખ

દર્દી/જીવનસાથી/બાંધવરી આપનાર માટે પ્રમાણન

1. હું આથી પ્રમાણિત કરું છું કે મારે કોઈપણ આવક નથી અને આ સમય દરમિયાન કોઈ આવક ન હતી: ____/____/____ થી ____/____/____.

X _____
દર્દી/જવાબદાર પક્ષકારની સહી સંબંધ તારીખ

X _____
જીવનસાથી/જવાબદાર પક્ષકારની સહી સંબંધ તારીખ

2. હું આથી પ્રમાણિત કરું છું કે મારી ન્યુ જર્સી હોસ્પિટલ કેર આસિસ્ટન્સની અરજીમાં મારી જાતે અથવા અન્ય કોઈ પક્ષકાર દ્વારા દર્શાવ્યા પ્રમાણે મારી પાસે કોઈ મિલકતો નથી.

X _____
દર્દી/જવાબદાર પક્ષકારની સહી સંબંધ તારીખ

X _____
જીવનસાથી/જવાબદાર પક્ષકારની સહી સંબંધ તારીખ

3. હું આથી પ્રમાણિત કરું છું કે હું મારા જીવનસાથી થી અલગ થયેલ છું અને મારા જીવનસાથી સાથે _____ થી સાથે રહ્યો/રહી નથી, સંયુક્ત રીતે કોઈપણ મિલકતની માલિકી નથી, _____ થી સાથે મળીને કોઈપણ જાતના કરવેરા ફાઈલ કરેલા નથી, અને કોઈપણ જાતની બાળ સહાય મેળવી નથી અથવા ગમે તે રીતે આર્થિક સહાય મેળવી નથી.

X _____
દર્દી/જવાબદાર પક્ષકારની સહી સંબંધ તારીખ

4. હું આથી પ્રમાણિત કરું છું કે મારી પાસે મારા દ્વારા અથવા અન્ય કોઈપણ પક્ષકાર દ્વારા આ બાકી રહેલ બિલની ચુકવણી કરવા માટે કોઈપણ જાતનું (વીમાનું કે અન્ય) આવરણ નથી.

X _____
દર્દી/જવાબદાર પક્ષકારની સહી સંબંધ તારીખ

X _____
જીવનસાથી/જવાબદાર પક્ષકારની સહી સંબંધ તારીખ

- . હું આથી ખાત્રી આપું છું કે આ વર્કશીટ પર આપવામાં આવેલી બધી જ માહિતી મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન મુજબ સાચી છે.

X _____
દર્દી/જવાબદાર પક્ષકારની સહી

_____ સંબંધ

_____/_____/_____
તારીખ

X _____
જીવનસાથી/જવાબદાર પક્ષકારની સહી

_____ સંબંધ

_____/_____/_____
તારીખ

_____ ઇન્ટર્વ્યુ બેનારની ટૂંકી સહી



St Lukes Warren Campus
185 Roseberry St.
Phillipsburg, N.J. 08865
(908) 847-6828

હકીકતનું સોગંદનામું
ન્યુ જર્સી હોસ્પિટલ કેર આસિસ્ટન્સની અરજી

_____ દર્દીનું નામ

_____ ખાતા ક્રમાંક

_____/_____/_____ તારીખ

જે કોઈને લાગતું-વળગતું હોય:

દર્દીની સહી: X_____

તારીખ: ____/____/____

દર્દીનું નામ (પ્રિંટ કરો): _____

જીવનસાથી/સહાયક /અન્યની સહી: _____

જીવનસાથી/સહાયક /અન્યનું નામ (પ્રિંટ કરેલ): _____