

ਨਿਊ ਜਰਸੀ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ

ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ, ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ, ਅਤੇ ਸੰਪੱਤੀਆਂ ਦਾ ਸਬੂਤ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਲਗਾਉਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।
ਸਾਰੇ ਮੰਗੇ ਗਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ: JFKMC, 65 James St. Edison, NJ 08820 Attn: Admitting Department
ਅਸਲੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਾ ਭੇਜੋ ਕਿਉਂਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ

ਸੈਕਸ਼ਨ I.—ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ								
1. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਂ					2. ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ			
(ਆਖਿਰਲਾ ਨਾਂ)			(ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ)			(ਐਮ.ਆਈ.)		
3. ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਤਾਰੀਖ			4. ਸੇਵਾ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਤਾਰੀਖ			5. ਸੇਵਾ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਤਾਰੀਖ		
ਮਹੀਨਾ	ਦਿਨ	ਸਾਲ	ਮਹੀਨਾ	ਦਿਨ	ਸਾਲ	ਮਹੀਨਾ	ਦਿਨ	ਸਾਲ
6. ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ					7. ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ			
8. ਸ਼ਹਿਰ, ਪ੍ਰਾਂਤ ਅਤੇ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ					9. ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ*			
					# ਨਾਂ		ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ	
10. ਅਮੇਰਿਕਾ ਦੀ ਨਾਗਰਿਕਤਾ					11. ਨਿਊ ਜਰਸੀ ਦੇ ਪ੍ਰਾਂਤ ਵਿੱਚ 3-ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਸਬੂਤ			
ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਬਕਾਇਆ ਅਰਜ਼ੀ			ਹਾਂ	ਨਹੀਂ		
12. ਗਰੰਟਰ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਵੱਖ ਹੈ)/ਹੋਰ								
ਸੈਕਸ਼ਨ II.—ਸੰਪੱਤੀਆਂ ਦਾ ਮਾਨਦੰਡ								
13. ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸੰਪੱਤੀਆਂ:								
14. ਪਰਿਵਾਰਕ ਸੰਪੱਤੀਆਂ:								
15. ਸੰਪੱਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ:								

A. ਨਕਦ	
B. ਬੱਚਤ ਖਾਤੇ	
C. ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤੇ	
D. ਜਮ੍ਹਾਂ ਖਾਤਿਆਂ /I.R.A.s ਦੇ ਪ੍ਰਮਾਣ-ਪੱਤਰ	
E. ਰਿਅਲ ਐਸਟੇਟ ਵਿੱਚ ਇਕਵਿਟੀ (ਮੁੱਖ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ)	
F. ਦੂਜੀਆਂ ਸੰਪੱਤੀਆਂ (ਫ੍ਰੈਸ਼ਰੀ ਬਿੱਲ, ਨੈਗੋਸ਼ਿਏਬਲ ਪੇਪਰ, ਕਾਰਪੋਰੇਟ ਸਟਾਕ ਅਤੇ ਬਾਂਡ)	
G. ਕੁੱਲ	
ਕੁੱਲ	
*ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ, ਪਤੀ/ਪਤਨੀ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਨਾਬਾਲਗ ਬੱਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਗਰਭਵਤੀ ਮਹਿਲਾ ਨੂੰ ਦੋ ਜੀਆਂ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮੰਨਿਆ ਜਾਏਗਾ।	
ਹਸਪਤਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ, ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪੱਤੀਆਂ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ, ਵਿਅਸਕ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ <u>ਲਾਜ਼ਮੀ</u> ਹੈ; ਮਾਂ-ਪਿਓ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪੱਤੀਆਂ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ <u>ਲਾਜ਼ਮੀ</u> ਹੈ	

ਸੈਕਸ਼ਨ III—ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡ

- ਹਸਪਤਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ, ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪੱਤੀਆਂ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ, ਵਿਅਸਕ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ; ਮਾਂ-ਪਿਓ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਸੰਪੱਤੀਆਂ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ, ਇੱਕ ਨਾਬਾਲਗ ਬੱਚੇ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।
- ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਲਗਾਇਆ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।
- ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਸੇਵਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਬਾਰ੍ਹਾਂ ਮਹੀਨਿਆਂ, ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।
- ਮਰੀਜ਼/ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ, ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਹੈ:

ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨੇ	ਜਾਂ	ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨੇ (x 4)	ਜਾਂ	ਪਿਛਲਾ 1 ਮਹੀਨਾ (x 12)

16. ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਸਰੋਤ	ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ	ਮਹੀਨਾਵਾਰ	ਸਲਾਨਾ
A. ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਨਖਾਹਾਂ/ਮਿਹਨਤਾਨੇ			
B. ਜਨ ਸਹਾਇਤਾ			
C. ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੇ ਫਾਇਦੇ			
D. ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਅਤੇ ਵਰਕਰਾਂ ਦੇ ਮੁਆਵਜੇ			
E. ਵੈਟਰਨਾਂ ਦੇ ਲਾਭ			

F. ਐਲਿਮੇਨੀ/ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ			
G. ਹੋਰ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ			
H. ਪੈਨਸ਼ਨ ਭੁਗਤਾਨ			
I. ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਐਨੁਅਟੀ ਭੁਗਤਾਨ			
J. ਡਿਵੀਡੰਡ/ਵਿਆਜ			
K. ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਆਮਦਨੀ			
L. ਕੁੱਲ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਆਮਦਨੀ (ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ/ਨਿਰਪੱਖ ਸਰੋਤ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ)			
M. ਹੋਰ (ਹੜਤਾਲ ਲਾਭ, ਸਿਖਲਾਈ ਭੱਤੇ, ਸੈਨਾ ਪਰਿਵਾਰ ਅਲਾਟਮੈਂਟ, ਸੰਪਤੀਆਂ ਅਤੇ ਫ੍ਰਸਟਾਂ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ)			
N. ਕੁੱਲ			

ਸੈਕਸ਼ਨ IV—ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਢੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕੇਂਦਰ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਪ੍ਰਾਂਤਕ ਸਰਕਾਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਤੱਥਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣ-ਬੂਝ ਕੇ ਤੋੜ-ਮਰੋੜ ਕੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਤੇ ਮੈਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਸਾਰੇ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਗੀ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਅਪਰਾਧਕ ਅਤੇ ਸਿਵਲ ਜ਼ਰਮਾਨੇ ਲਗਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਜੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕੇਂਦਰ ਦੁਆਰਾ ਇਸਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਹਸਪਤਾਲ ਬਿੱਲ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਸਰਕਾਰੀ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਡਾਕਟਰੀ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿਆਂਗਾ/ਗੀ।

ਮੈਂ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਆਕਾਰ, ਆਮਦਨੀ, ਅਤੇ ਸੰਪਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਉੱਪਰਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਆਮਦਨੀ ਜਾਂ ਸੰਪਤੀਆਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਦਲਾਵ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ।

17. ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਗਰੰਟਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ	18. ਤਾਰੀਖ