

நியூ ஜெர்சி மருத்துவமனைப் பாதுகாப்பு உதவித் திட்டம்  
பங்கேற்பதற்கான விண்ணப்பம்

இந்த விண்ணப்பத்துடன் அடையாள ஆதாரம், வருமான ஆதாரம் மற்றும் சொத்துக்களின் ஆதாரம் இத்துடன் இணைக்கப்பட வேண்டும்.

கோரிய ஆவணங்கள் அனைத்தின் நகல்களையும் அனுப்பவும்: JFKMC, 65 ஜேம்ஸ் தரூ எடிசன், NJ 08820 கவனம்: சமர்ப்பிக்கும் துறை

அசல் ஆவணங்கள் திரும்பி வழங்கப்படாது என்பதால் அவற்றை அனுப்பாதீர்கள்

பகுதி I—தனிநபர் தகவல்									
1. நோயாளிப் பெயர்					2. சமூகப் பாதுகாப்பு எண்				
(கடமைப் பெயர்) (எம்.ஐ.)					(முதற் பெயர்)				
3. விண்ணப்பத் ததே			4. மாதல் சவேதைத் ததே			5. கோரிய சவேதைத் ததே			
மாதம்	நாள்	ஆண்டு	மாதம்	நாள்	ஆண்டு	மாதம்	நாள்	ஆண்டு	
6. நோயாளியின் தரூ முகவரி						7. தொலைபேசி எண்			
8. நகரம், மாநிலம் & ஜிப் குறியீடு					9. குடும்ப அளவு*				
					#	பெயர்			பிறந்த ததே
10. அமெரிக்கக் குடியரிமை					11. நியூ ஜெர்சி மாகாணத்தில் 3 மாத குடியிருப்புக்கான ஆதாரம்				
ஆம்	இல்லலை	நிலுவையிலுள்ள விண்ணப்பம்			ஆம்	இல்லலை			
12. உத்தரவாதம் அளிப்பவரின் பெயர் (நோயாளி தவிர வேறு ஒருவர் என்றால்)/மற்றவரை									
பகுதி II—சொத்துகள் வகை									
13. தனிப்பட்ட சொத்துகள்:									
14. குடும்பச் சொத்துகள்:									
15. உள்ளடக்கிய சொத்துகள்:									
A. ரொக்கம்									
B. சமீப்புக் கணக்குகள்									
C. சரிபார்க்கும் கணக்குகள்									
D. டபாசிட்டின் சான்றிதழ்கள்/I.R.A.கள்									
E. ரியல் எஸ்டேட்டில் பங்கு (முதன்மகைக் குடியிருப்பதைத் தவிர வேறு)									
F. பிற சொத்துகள் (கருவூலச் சிட்டகைகள்,									



## பகுதி IV—விண்ணப்பத்தாரரின் சான்றிதழ்

நான் சமர்ப்பிக்கும் தகவல் தகுந்த உடல்நலப் பராமரிப்புத் துறை மற்றும் அரசாங்க மற்றும்/அல்லது மாகாண அரசாங்கங்களால் சரிபார்க்கப்படுவதற்கு உட்பட்டது என்பதைப் பூரிந்துகொள்கிறேன். இந்த தகவல்களைத் தவறாகக் கூறும்பட்சத்தில் நான் அனாதை மருத்துவக் கட்டணங்களையும் சலுத்த வண்டியதோடு கிரிமினல் மற்றும் சிவில் தண்டணைகளைப் பெற வண்டியதிராக்கும்.

உடல்நலப் பராமரிப்புத் துறையால் கட்டுக்கொள்ளப்பட்டால், மருத்துவக் கட்டணத்துக்காக அரசாங்க அல்லது தனியார் மருத்துவக் காப்பீட்டுக்கு விண்ணப்பம் செய்வேன்.

எனது கூடும்பத்தின் அளவு, வருமானம் மற்றும் சொத்துகள் கூறித்த மலே உள்ள தகவல் உண்மையானது மற்றும் சரியானது என்பதைச் சான்றளிக்கிறேன்.

எனது வருமானம் அல்லது சொத்துகள் தொடர்பான நிலையில் ஏதனும் மாற்றம் என்றால் அதை மருத்துவமனைக்கு அறிவிப்பது எனது பொறுப்பு என்பதைப் பூரிந்துகொள்கிறேன்.

17. நோயாளி அல்லது

உத்தரவாதமளிப்பவரின் கையொப்பம்

18. ததே