

న్యూ జెర్సీ హాస్పిటల్ కేర్ అసిస్టెన్స్ ప్రోగ్రామ్ వెళ్ళేందుకు అప్లికేషన్

మరియు ఆస్తుల యొక్క రుజువు విధిగా జతచేయాలి, ఆదాయ రుజువు, గుర్తింపు రుజువు, ఈ దరఖాస్తుతోపాటుగా.
 ల యొక్క కాపీలను ఈ చిరునామాకు పంపండి అన్ని అవసరమైన డాక్యుమెంట్: JFMC, 65 జేమ్స్ స్ట్రీట్ ఎడిసన్, NJ 08820 : అటెన్షన్
 మెంట్ అడ్మినిస్ట్రేటింగ్ డిపార్ట్
 లను పంపవద్దు తిరిగి పంపించబడవు కనుక ఒరిజినల్ డాక్యుమెంట్

సెక్షన్ I - వ్యక్తిగత సమాచారం									
1. రోగి పేరు					2. సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరు				
(మొదటి పేరు)			(చివరి పేరు)		(M.I.)				
3. దరఖాస్తు తేదీ			4. సర్వీస్ ప్రారంభ తేదీ			5. సర్వీస్ అవసరమైన తేదీ			
నెల	రోజు	సంవత్సరం	నెల	రోజు	సంవత్సరం	నెల	రోజు	సంవత్సరం	
6. రోగి యొక్క వీధి చిరునామా					7. టెలిఫోన్ నెంబరు				
8. రాష్ట్రం మరియు జిప్ కోడ్, నగరం					9. కుటుంబ పరిమాణం*				
					#	పేరు			పుట్టిన తేదీ
10. యుఎస్ సిటిజన్ షిప్					11. న్యూజెర్సీ రాష్ట్రంలో 3 నెలల నివాసం ఉన్నట్లుగా రుజువు				
అవును	కాదు	పెండింగ్ అప్లికేషన్			అవును	కాదు			
ను									
12. ఇతర (ఒకవేళ రోగి కాకుండా వేరేవారు అయితే) పూచీదారుడి పేరు									
సెక్షన్ II - అసెట్స్ ప్రమాణం									
13. వ్యక్తిగత ఆస్తులు:									

14. కుటుంబ ఆస్తులు:	
15. చేర్చబడ్డ ఆస్తులు:	
A. క్యాష్	
B. సేవింగ్స్ ఖాతాలు	
C. చెకింగ్ ఖాతాలు	
D. డిపాజిట్ Deposit/I.R.Aలుల యొక్క సర్టిఫికేట్	
E. ప్రధాన నివాసం) లో ఈక్విటీరియల్ ఎస్టేట్ కాకుండా ఇతరాలు)	
F. నెగోషియేషన్ ,ట్రెజరీ బిల్లుల) ఇతర ఆస్తులు లుకార్పొరేట్ స్టాకులు మరియు బాండ్ ,పేపర్)	
G. మొత్తం	
మొత్తం	

*గర్భవతి అయిన మహిళ .మరియు ఏవైనా మైనర్ పిల్లలు చేర్చబడతారు ,జీవితభాగస్వామి ,కుటుంబ పరిమాణంలో తాను ఇద్దరు కుటుంబసభ్యులుగా లెక్కించబడతారు.

జీవితభాగస్వామి ఆదాయం మరియు ఆస్తులు ,ఆసుపత్రి సంరక్షణ సాయం యొక్క అర్హత తెలుసుకునేటప్పుడు ఉపయోగించాలి విధిగా ఆదాయం మరియు ఆస్తులు (లు)తల్లిదండ్రీ ;విధిగావయోజనుడి కొరకు ఉపయోగించాలి

సెక్షన్ II—ఆదాయ ప్రమాణం

- జీవితభాగస్వామి ఆదాయం మరియు ఆస్తులు ,ఆసుపత్రి సంరక్షణ సాయం యొక్క అర్హత తెలుసుకునేటప్పుడు మైనర్ బిడ్డ కొరకు విధిగా ఆదాయం మరియు ఆస్తులు (లు)తల్లిదండ్రీ ;విధిగావయోజనుడి కొరకు ఉపయోగించాలి ఉపయోగించాలి
- **ఈ దరఖాస్తుతోపాటుగా ఆదాయం యొక్క యొక్క రుజువును విధిగా జతచేయాలి**
- మూడు నెలలు లేదా నెల ఆధారం ఆధారంగా లెక్కించబడుతుంది ,ఆదాయం సర్వీస్ తేదీకి ముందు పన్నెండు నెలలు.
- కుటుంబం యొక్క స్థూల ఆదాయం దిగువవాటికి సమానం లేదా తక్కువగా ఉంటుంది/రోగి:

గడిచిన 12 నెలలు	లేదా	గడిచిన 3 నెలలు (x 4)	లేదా	గడిచిన 1 నెల (x 12)

16. ఆదాయ మూలం	వ్యక్తీ	నెలవారీ	ప్రతిసంవత్సరం
A. వేతనాలు/శాలరీ/మినహాయింపుకు ముందు			

B. పబ్లిక్ అసిస్టెన్స్			
C. సోషల్ సెక్యూరిటీ ప్రయోజనాలు			
D. వర్కర్ యొక్క ప్రతిఫలం & నిరుద్యోగం			
E. లువెటరన్స్ బెనిఫిట్			
F. చైల్డ్ సపోర్ట్/భరణం			
G. ఇతర ద్రవ్యపరమైన మద్దతు			
H. లుపెన్షన్ పేమెంట్			
I. లుబీమా లేదా యాన్యుయిటీ పేమెంట్			
J. వడ్డీ/లుడివిడెండ్			
K. అడ్వె ఆదాయం			
L. స్వతంత్ర/స్వయం ఉపాధి) సూల్ల వ్యాపార ఆదాయం వనరు ద్వారా వెరిఫై చేయబడింది)			
M. ,లుఫ్రైనింగ్ స్టెఫెండ్ ,లుస్ట్రాక్ బెనిఫిట్) ఇతరాలు లు మరియు వాస్టెట్ ,మెంట్ మిలటరీ ఫ్యామిలీ అలాట్ ట్రస్టుల నుంచి ఆదాయం)			
N. మొత్తం			

సెక్షన్ IV—దరఖాస్తుదారుడి ద్వారా సర్టిఫికేషన్

లేదా రాష్ట్ర/నేను సబ్జిక్ట్ చేసిన సమాచారం తగిన ఆరోగ్య సంరక్షణ ఫెసిలిటీ మరియు ఫెడరల్ మరియు ఈ సత్యాలను ఉద్దేశ్యపూర్వకంగా ప్రభుత్వాల ద్వారా వెరిఫై చేయబడుతుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను తప్పుగా ప్రాతినిధ్యం కల్పించడం వల్ల అన్ని ఆసుపత్రి చార్జీల కొరకు నేను బాధ్యత వహించడంతోపాటుగా నేర మరియు సివిల్ పెనాల్టీలకు లోబడి ఉంటుందని అర్థం చేసుకున్నాను.

ఆసుపత్రి బిల్లు యొక్క చెల్లింపు కొరకు ,ఆరోగ్య సంరక్షణ ఫెసిలిటీ ద్వారా ఒకవేళ అభ్యర్థించబడినట్లయితే గవర్నమెంట్ లేదా ప్రయివేట్ వైద్య బీమా కొరకు నేను అప్లై చేయగలను.

ఆదాయం మరియు ఆస్తులకు సంబంధించిన పై సమాచారం సత్యం మరియు ,నా కుటుంబ పరిమాణం సరైనది అని నేను సర్టిఫై చేస్తున్నాను.

నా ఆదాయం లేదా ఆస్తులకు సంబంధించిన స్థితిలో ఏదైనా మార్పు కొరకు ఆసుపత్రికి సలహా ఇవ్వడం నా బాధ్యత అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

17. రోగి లేదా పూచీదారుడి యొక్క సంతకం	18. తేదీ