



براہ کرم منسلک اپنے چیریٹی کیئر/مالی معاونت کی درخواست کے فارم تلاش کریں۔

آپ ہسپتال سے خارج ہونے کے 1 سال کے اندر ہسپتال یا آؤٹ پشمنٹ کی دیکھ بھال رسید سے مالی معاونت کے لئے درخواست دے سکتے ہیں۔

چیریٹی کیئر نیو جرسی کے رہائشیوں کے لئے دستیاب ہے جو غیر انشورنس کردہ، انشورنس کے اندر، یا ریاستی اور وفاقی پروگراموں کے لئے نااہل ہیں۔

اہل ہونے کے لئے آپ کو آمدنی اور اثاثوں کی اہلیت دونوں کے معیاروں کو پورا کرنا ہوگا۔

چیریٹی کیئر ہسپتال کی دیکھ بھال کا احاطہ کرتی ہے۔ یہ پروگرام ان معالجوں یا دیگر فراہم کنندگان پر لاگو نہیں ہوتا جو آزادانہ طور پر اپنی خدمات کا بل ادا کرتے ہیں۔

- براہ کرم درخواست کو پُر کریں اور دستخط کریں
- تمام مطلوبہ دستاویزات کی کاپیاں منسلک کریں۔
- تمام دستاویزات خدمت کی تاریخ پر مبنی ہیں۔

• آپ کی خدمت کی ابتدائی یا پہلی تاریخ _____ ہے

- اگر آپ کی عمر 21 سال یا اس سے کم ہے اور کالج کے مکمل وقت کے طالب علم ہیں تو، آپ کے والدین یا سرپرست کو لازمی طور پر درخواست کو پُر اور ضروری معاون دستاویزات فراہم کرنا چاہئے۔ براہ کرم اپنے طالب علم کی حیثیت کا ثبوت فراہم کریں۔

اگر آپ کے پاس درخواست یا دستاویزات کے بارے میں کوئی سوال ہے جو لاگو کرنا ضروری ہے تو، براہ کرم 7080-902-732 پر مالیاتی مشیر کو کال کریں۔ مشیر پیر سے جمعہ صبح 8:00 بجے تا شام 4:00 بجے تک دستیاب ہیں۔

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

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

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

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

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

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

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

آپ کی درخواست پر کارروائی کرنے میں مزید مدد کرنے کے لئے، براہ کرم ذیل میں درج دستاویزات کی کاپیاں فراہم کریں جو آپ کی صورتحال پر لاگو ہوتی ہیں۔ اگر ذیل میں درج مناسب دستاویزات فراہم نہیں کی گئیں یا آپ کی درخواست نامکمل ہے تو، ہم آپ کی درخواست پر کارروائی نہیں کرسکیں گے۔ تمام مطلوبہ دستاویزات آپ کی خدمت کی تاریخ پر مبنی ہیں۔ خدمت کی تاریخ کا مطلب ہے پہلا دن جب آپ واقعتاً ہسپتال میں تھے۔

انشورنس کارڈز، براہ کرم آگے اور پیچھے کاپی کریں

مریض، شریک حیات، 18 سال سے کم عمر کے بچوں اور 21 سال سے کم عمر کالج کے طلبہ کے لئے ذاتی ID۔

- براہ کرم اپنے خاندان کے ہر فرد کے لئے ایک ایک کا انتخاب کریں: ڈرائیور کی لائسنس، پیدائش کی سند، سوشل سکورٹی کارڈ، پاسپورٹ

اثاثوں کے سٹیٹمنٹس جن میں آپ کی خدمت کی تاریخ کا بقیہ شامل ہوتا ہے

- جانچ، سیونگس اور ڈیبٹ کارڈ اکاؤنٹ کے سٹیٹمنٹس
- اگر سٹیٹمنٹ ایک پرنٹ آؤٹ ہے تو، اس پر مالیاتی ادارے کے نمائندے کے ذریعہ مہر ثبت اور دستخط کریں۔
- آپ کی اطلاع شدہ آمدنی پر ڈیپوزیٹ کی وضاحت کی ضرورت ہوسکتی ہے۔
- کسی بھی 401K، IRA، CD کے اسٹاک یا بانڈ کے لئے موجودہ دستاویزات۔

خدمت کی تاریخ سے ایک ماہ پہلے کے لئے آمدنی کا ثبوت

- کمائی ہوئی آمدنی کا ثبوت، بشمول پے اسٹبس یا کاروباری لیٹر ہیڈ پر آپ کے آجر کی مجموعی آمدنی کا تحریری طور پر دستخط شدہ اسٹیٹمنٹ۔
- اگر آپ خود ملازمت ہیں تو، اکاؤنٹنٹ کے ذریعہ دستخط شدہ منافع اور نقصان کا سٹیٹمنٹ مطلوب ہے۔
- بے استحقاق آمدنی کا ثبوت، بشمول ریٹائرمنٹ پنشن، بچوں کی امداد، المیونی، VA فوائد، سوشل سیکیورٹی ایوارڈ لیٹر، خاندان کے تمام افراد کے لئے SSI ایوارڈ لیٹر، بے روزگاری یا ریاستی معذوری کارڈ یا دیگر مالی شراکت۔
- پچھلے سال کے لئے آپ کے ٹیکس ریٹرن کی مکمل کاپی۔ اگر آپ فائل نہیں کرتے ہیں تو براہ کرم 1-800-829-1040 پر کال کر کے غیر فلٹر کی حیثیت کی ایک تصدیق کی درخواست کریں۔

خدمت کی تاریخ سے پہلے رہائش کا ثبوت

- گلی کا پتہ ضرور دکھائیں - PO باکس نہیں
- براہ کرم مندرجہ ذیل میں سے ایک کا انتخاب کریں: ڈرائیور کا لائسنس، لیز کی کاپی، یوٹیلیٹی بل، تعاون کا خط، خدمات کی تاریخ سے قبل جاری کردہ آپ کے نام اور پتے کے ساتھ تاریخی میل

مریض کی تصدیق: (جو بھی لاگو ہوتا ہے اس پر دستخط اور تاریخ)۔

- اگر شادی شدہ ہو تو شریک حیات کی تصدیق (جو بھی لاگو ہوتا ہے اس پر دستخط اور تاریخ)۔

جس شخص کے ساتھ آپ رہتے ہیں (شریک حیات کے علاوہ) اس شخص کے ذریعہ منسلک لیٹر آف سپورٹ پر دستخط کریں جو آپ کی مدد کرنے میں معاونت فراہم کر رہا ہو۔

براہ کرم اپنی درخواست اور دستاویزات اس پر ای میل کریں:

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



نیو جرسی ہسپتال کیئر امدادی پروگرام
شراکت کے لئے درخواست

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

سیکشن I- ذاتی معلومات

تاریخ پیدائش	سوشل سکورٹی	مریض کا نام (آخری، پہلا، M.I.)		
ترجیح والی زبان	خدمات کی تاریخ	درخواست کی تاریخ		
حاملہ <input type="checkbox"/> بائ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>				
ٹیلیفون / سیل نمبر ()		مریض کی گلی کا پتہ ٹیلی		
شہر، ریاست، زیپ کوڈ		ازدواجی حیثیت		
N.I کا ثبوت رہائش		US شہریت ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> تب سے قانونی رہائش: _____		
ہاں <input type="checkbox"/> بائ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> بنگامی خدمات				
انشورنس کا احاطہ: ہاں <input type="checkbox"/> بائ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> پالیسی #: _____		ضامن کا نام (اگر مریض کے علاوہ کوئی اور ہو)		
انشورنس کا احاطہ	حاملہ	پیدائش کی تاریخ	رشتہ	دیگر فیملی کے ممبران
				1.
				2.
				3.
				4.
				5.
				6.

سیکشن II- اثاثہ کا زمرہ

اثاثوں میں شامل ہے:	
_____	A. سیونگس اکاونٹس
_____	B. چیکنگ اکاونٹس
_____	C. ڈیپوزیٹ / IRA کے اسناد
_____	D. رینل اسٹیٹ میں اکویٹی (ابتدائی رہائش کے علاوہ)
_____	E. دیگر اثاثے، 401K، اسٹاکس اور بانڈس
_____	F. ج- کل

*خود، شریک حیات اور کسی نابالغ بچے کے ساتھ فیملی کا سائز۔ ایک حاملہ عورت دو فیملی ممبروں کے طور پر شمار کی جاتی ہے۔

سیکشن III - آمدنی کا زمرہ

ہسپتال کی دیکھ بھال میں اہلیت کا تعین کرتے وقت، ایک شریک حیات کی آمدنی اور کریڈٹ ایک بالغ والدین کے لئے استعمال کرنا ضروری ہے آمدنی اور کریڈٹ کسی نابالغ بچے کے لئے استعمال کرنے چاہئے۔ آمدنی کا ثبوت اس درخواست کے ساتھ ہونا لازمی ہے۔ آمدنی اس پر مبنی ہے خدمت کی تاریخ سے پہلے یا تو بارہ ماہ، تین ماہ، ایک مہینہ یا ایک ہفتے کی آمدنی کا حساب کتاب۔

			آجر کا نام:	کل آمدنی
				\$
آمدنی کے ذرائع:				
A.	کٹوتی سے پہلے تنخواہ / اجرت	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
B.	عوامی تعاون	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
C.	سماجی تحفظ / معذوری کے فوائد	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D.	بے روزگاری اور مزدور کومپ	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
E.	تجربہ کار کے فوائد	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
F.	المیونی / بچوں کی امداد	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G.	دیگر مالیاتی مدد	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
H.	پینشن ادائیگی	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
I.	انشورنس یا سالانہ ادائیگی	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
J.	منافع / سود	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
K.	کرائے کی آمدن	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
L.	کل کاروبار کی آمدنی	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
M.	دیگر (اسٹرانگ کے فوائد، تربیت وظيفہ، فوجی خاندان کی الائٹمنٹ، جائداد یا اعتماد)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
	آمدنی کے دیگر ذرائع:		_____	

سیکشن IV - درخواست دہندہ کے ذریعہ تصدیق شدہ

میں سمجھتا ہوں کہ میں جو معلومات پیش کرتا ہوں وہ مناسب صحت کی دیکھ بھال کی سہولت اور وفاقی یا ریاستی حکومتوں کی توثیق سے مشروط ہے۔ ان حقائق کی جان بوجھ کر غلط تشریح کرنا مجھے ہسپتال کے تمام چارجز کے لئے سول جرمانے سے تابع کر دے گا۔

اگر صحت کی دیکھ بھال کی سہولت سے اس کی درخواست کی گئی ہے تو، میں ہسپتال کے بل کی ادائیگی کے لئے سرکاری یا نجی طبی امداد کے لئے درخواست کروں گا۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ میری فیملی کی حیثیت، آمدنی اور اثاثوں کے بارے میں مذکورہ بالا معلومات صحیح اور درست ہیں۔

میں سمجھتا ہوں کہ یہ میری ذمہ داری ہے کہ میں آمدنی یا اثاثوں کی حیثیت میں کسی بھی قسم کی تبدیلی کا ہسپتال کو مشورہ دوں۔

تاریخ	مریض یا سرپرست کا دستخط
کوئی انشورنس کوریج نہیں _____ %	صرف دفتری استعمال کے لیے: ذمہ داری
انشورنس کوریج کے بعد _____ %	
ختم کرتا ہوں: _____ موثر: _____	منظوری کی تاریخ: _____
	تشخیص کنندہ کے دستخط: _____



مریض کی تصدیق

آپ کی صورتحال پر جہاں بھی لاگو ہوتا ہو اس کے نیچے دستخط کریں:

1. میں تصدیق کرتا ہوں کہ _____ تک مجھے کوئی آمدنی نہیں ملی ہے۔
تاریخ

_____ (مریض / ذمہ دار پارٹی)
رشتہ تاریخ

2. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے پاس خود میرے یا کسی اور پارٹی کے ذریعہ کوئی اثاثے (بینک اکاؤنٹس، CD's وغیرہ) نہیں ہیں۔

_____ (مریض / ذمہ دار پارٹی)
رشتہ تاریخ

3. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں بے گھر ہوں اور _____ کے بعد سے بے گھر رہا ہوں۔

_____ (مریض / ذمہ دار پارٹی)
رشتہ تاریخ

4. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے اپنے پاس یا کسی دوسری پارٹی کے ذریعہ میرے بلوں کی بقایا رقم کا احاطہ کرنے کے لئے کوئی میڈیکل کوریج نہیں ہے۔

_____ (مریض / ذمہ دار پارٹی)
رشتہ تاریخ

مریض / ذمہ داری پارٹی کے ذریعہ رہائشی تصدیق پر دستخط ہونے چاہئیں

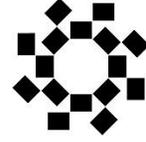
5. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں خدمات کو حاصل کرتے وقت نیو جرسی کا ایک رہائش ہوں/تھا اور میں نیو جرسی کا رہائش رہنا چاہتا ہوں۔

_____ (مریض / ذمہ دار پارٹی)
رشتہ تاریخ

6. میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس تصدیق نامے میں دی گئی تمام معلومات درست، مکمل اور میرے بہتر علم کے مطابق صحیح ہے۔

_____ (مریض / ذمہ دار پارٹی)
رشتہ تاریخ

انٹرویو لینے والا



شریک حیات کی تصدیق

آپ کی صورتحال پر جہاں بھی لاگو ہوتا ہو اس کے نیچے دستخط کریں:

1. میں تصدیق کرتا ہوں کہ _____ تک مجھے کوئی آمدنی نہیں ملی ہے۔
تاریخ

_____ (شریک حیات / ذمہ دار پارٹی) رشتہ تاریخ

2. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے پاس خود میرے یا کسی اور پارٹی کے ذریعہ کوئی اثاثے (بینک اکاؤنٹس، CD's وغیرہ) نہیں ہیں۔

_____ (شریک حیات / ذمہ دار پارٹی) رشتہ تاریخ

3. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں بے گھر ہوں اور _____ کے بعد سے بے گھر رہا ہوں۔

_____ (شریک حیات / ذمہ دار پارٹی) رشتہ تاریخ

4. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میرے اپنے پاس یا کسی دوسری پارٹی کے ذریعہ میرے بلوں کی بقایا رقم کا احاطہ کرنے کے لئے کوئی میڈیکل کوریج نہیں ہے۔

_____ (شریک حیات / ذمہ دار پارٹی) رشتہ تاریخ

مریض / ذمہ داری پارٹی کے ذریعہ رہائشی تصدیق پر دستخط ہونے چاہئیں

5. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں خدمات کو حاصل کرتے وقت نیو جرسی کا ایک رہائش ہوں/تھا اور میں نیو جرسی کا رہائش رہنا چاہتا ہوں۔

_____ (شریک حیات / ذمہ دار پارٹی) رشتہ تاریخ

6. میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس تصدیق نامے میں دی گئی تمام معلومات درست، مکمل اور میرے بہتر علم کے مطابق صحیح ہے۔

_____ (شریک حیات / ذمہ دار پارٹی) رشتہ تاریخ



سیورٹ / مدد کا خط

تاریخ:

مریض:

خدمات کی ابتدائی تاریخ:

پیدائش کی تاریخ:

اس شخص کی طرف سے مکمل کیا جائے جو مریض کے لئے تعاون فراہم کر رہا ہو۔ اس میں آپ کے ساتھ رہنے والا/والی شریک حیات شامل نہیں ہے۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ نیچے دی گئی معلومات صحیح اور درست ہیں۔ میں پوری طرح سمجھتا ہوں کہ غلط معلومات دینے یا درخواست کی گئی مکمل معلومات دینے میں ناکامی سے دھوکہ دہی کی بنیادیں پیدا ہوسکتی ہیں اور میریڈیئن ہیلتھ کسی بھی قانونی کارروائی کو موزوں بنا سکتی ہے۔ میں مزید سمجھتا ہوں کہ اگر معلومات غلط، نامکمل، یا کسی بھی طرح سے گمراہ کن ہیں تو مجھے ذاتی طور پر ذمہ دار ٹھہرایا جائے گا۔

جو بھی لاگو ہوتا ہے اسے نیچے چیک کریں:

مذکورہ بالا شخص میرے ساتھ رہتا ہے، اور اس (تاریخ) سے ہے:

مذکورہ بالا شخص خدمت کے وقت این جے کا رہائشی تھا، اس کی کسی دوسری ریاست یا ملک میں رہائش نہیں ہے اور وہ ریاست میں ہی رہنے کا ارادہ رکھتی ہے۔

مذکورہ بالا شخص کسی بھی قسم کی میڈیکل انشورنس کے ذریعہ احاطہ نہیں ہے جس میں میڈی کیڈ یا میڈی کیئر بھی شامل ہے۔

مذکورہ بالا شخص اس وقت بے روزگار ہے اور مذکورہ خدمت کی تاریخ سے کم از کم ایک ماہ پہلے تک بے روزگار رہا ہے۔

مذکورہ بالا شخص کو بے روزگاری کے فوائد یا کسی دوسرے قسم کے فوائد نہیں ملتے ہیں، جیسے معذوری، SSI، فلاح و بہبود وغیرہ۔

میں مذکورہ بالا شخص کے لئے کھانا اور پناہ مہیا کر رہا ہوں۔

میں مذکورہ بالا شخص کو ماہانہ \$ _____ کی نقد رقم فراہم کر رہا ہوں۔

مذکورہ بالا شخص میرے ساتھ نہیں رہتا ہے لیکن میں مندرجہ ذیل کی صورت میں مدد فراہم کرتا ہوں:

مندرجہ ذیل آپ کے رشتہ دار کا

دستخط

پتہ:

فون نمبر: