

# એટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ

મોરિસટાઉન મેડિકલ સેન્ટર

100 Madison Avenue Interoffice Box 111  
Morristown NJ 07960

ઓવરલૂક મેડિકલ સેન્ટર

99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237  
Summit, NJ 07902

ન્યૂટન મેડિકલ સેન્ટર

175 High Street  
Newton, NJ 07860

શિલ્ટન મેડિકલ સેન્ટર

97 W. Parkway ATTN: નાણાકીય માર્ગદર્શન  
Pompton Plains, NJ 07444

હેકેટસટાઉન મેડિકલ સેન્ટર

651 Willow Grove Street  
Hackettstown, NJ 07840

તમારી પૂરી કરેલી આર્થિક સહાયતા અરજી અને પ્રમાણપત્રની સાથે તમામ વિનંતી કરાયેલા દસ્તાવેજો સુપ્રત કરવા એ તમારી જવાબદારી છે. દર્દી અને જીવનસાથી બંને પ્રમાણપત્રનું પાનું પૂરું કરે તે જરૂરી છે.

કૃપા કરીને નોંધ લેશો કે નીચે જેમની યાદી આપવામાં આવી છે તે સિવાયના દસ્તાવેજો માટે વિનંતી કરવામાં આવી શકે છે અને તમારી અરજી પર કાર્યવાહી કરવા માટે તે જરૂરી હોઈ શકે છે. કૃપા કરીને નોંધ લેશો કે જો તમારી ઉંમર 18 વર્ષ કરતાં વધુ હોય, પરંતુ 22 વર્ષથી ઓછી હોય અને કુલટાઇમ વિદ્યાર્થી તરીકે પ્રવેશ મેળવ્યો હોય તો તમારે તમારી ઓળખ તેમજ તમારાં માતાપિતા અથવા વાલી અને ભાઈ-બહેનોની ઓળખ પૂરી પાડવાની જરૂર પડશે. તમે તમારાં માતાપિતા અથવા કાનૂની વાલીની આવક અને સંપત્તિની માહિતી પૂરી પાડો તે પણ જરૂરી છે.

- દર્દી, જીવનસાથી અને સગીર આશ્રિતો એ પ્રત્યેક માટે વ્યક્તિગત ઓળખનો એક પુરાવો. ઓળખના સ્વીકાર્ય પુરાવાઓ નીચે પ્રમાણે છે: અમેરિકાનું ડ્રાઇવર્સ લાયસન્સ, પાસપોર્ટ, સોશલ સિક્યોરિટી કાર્ડ, જન્મનું પ્રમાણપત્ર, એલિયન રજિસ્ટ્રેશન કાર્ડ અથવા કર્મચારી આઇડી.
- (સેવા/અરજીની તારીખ) મુજબ સરનામાનો પુરાવો \_\_\_\_\_. સેવા/અરજીની તારીખથી તત્કાળ પહેલાં સરનામાના પુરાવાનાં સ્વીકાર્ય સ્વરૂપો આ પ્રમાણે છે: લીઝ અથવા યુટિલિટી બિલ. જેમાં દર્દીનું નામ અને સરનામું હોય એવી કોઈ ટપાલ પણ ચાલશે, પરંતુ સેવા/અરજીની તારીખ અગાઉના 2 મહિનાની અંદરની તારીખ તેના પર છાપેલી હોવી જોઈએ. સેવાની તારીખ બાદ કશું સ્વીકારવામાં આવશે નહિ. P.O. બોક્સ સાથેનાં સરનામાં સ્વીકાર્ય નથી.
- દર્દી અને જીવનસાથી બંને માટે સેવા/અરજીની તારીખથી તત્કાળ પહેલાં એક મહિના, ત્રણ મહિના કે એક વર્ષ માટે કુલ આવકના દસ્તાવેજો. દસ્તાવેજોમાં નીચેનાનો સમાવેશ થઈ શકે છે:
  - નિયોજક તરફથી પગારની રસીદો (\_\_\_\_\_ થી તત્કાળ પહેલાં સતત 4 અઠવાડિયાં)
  - બેરોજગારીના લાભની માહિતી (\_\_\_\_\_ થી તત્કાળ પહેલાં સતત 4 અઠવાડિયાં)
  - સોશલ સિક્યોરિટી એવોર્ડનો પત્ર અથવા અન્ય લાભોનું સ્ટેટમેન્ટ કે જે પેન્શન, વિકલાંગતા, બાળ સહાયતા, ભથ્થું, એન્યુઇટી વગેરે દર્શાવતું હોય...
  - કંપનીના લેટરહેડ પર નિયોજકનો ટાઇપ કરેલો પત્ર કે જે રોજગારનો અવધિ, રકમ કેટલી વખત ચૂકવવામાં આવી તે અને કુલ ચૂકવેલી રકમ દર્શાવતો હોય. (રકમ આશરે લખવી નહિ, રકમ ચોક્કસ આંકડામાં હોવી જોઈએ અને પત્રમાં "કુલ" શબ્દ લખેલો હોવો જોઈએ)
  - જો દર્દી અને/અથવા જીવનસાથી સ્વ-રોજગાર ધરાવતા હોય તો એડજસ્ટ કરેલી કુલ આવક અંગેનું એકાઉન્ટન્ટનું સ્ટેટમેન્ટ. તેમાં ટેક્સ આઇડીનો સમાવેશ થયેલો હોવો જોઈએ અને દસ્તાવેજ બનાવનાર વ્યક્તિની સહી હોવી જોઈએ. સેવા અથવા

# ઍટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ

અરજીની તારીખથી બરાબર ઁક મહિના, ત્રણ મહિના કે ઁક વર્ષ પૂર્વેનું હેવું જોઈઁ. જરૂરી ચોક્કસ તારીખો ઁા પ્રમાણે છે:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ થી \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

- જો દર્દી અને જીવનસાથી કોઈ ઁવક મેળવતાં ન હોય તો રૂમ અને રહેઠાણ પૂરું પાડતી વ્યક્તિ તરફથી સહાયતાનું સ્ટેટમેન્ટ.
- (સેવા/અરજીની તારીખ)\_\_\_\_\_ થી દર્દી અને જીવનસાથી ઁ બંને માટે બેન્કનું છેલ્લામાં છેલ્લું સ્ટેટમેન્ટ (ચાલુ ખાતું અને બચત ખાતું). નિવૃત્તિનાં તમામ ફંડ, ટ્રસ્ટ ફંડ, ડિપોઝિટનું પ્રમાણપત્ર (CD), પ્રાથમિક રહેઠાણ સિવાયનાં માલિકીનાં ઘરોમાં ઇક્વિટીનું મૂલ્ય, શેર, બોન્ડ, IRA અને અન્ય કોઈ પણ લિક્વિડ ઁસેટ્સનાં બેલેન્સની માહિતી પણ ઁમને જોઈશે.
- તમામ અનુસૂચિઓ અને W2 સહિતનું સૌથી છેલ્લે ફાઇલ કરેલ ટેક્સ રિટર્ન.

# એટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ

\_\_\_ મોરિસટાઉન મેડિકલ સેન્ટર  
\_\_\_ ઓવરલૂક મેડિકલ સેન્ટર  
\_\_\_ ન્યૂટન મેડિકલ સેન્ટર  
શિલ્ટન મેડિકલ સેન્ટર

## આર્થિક સહાયતા માટેની અરજી

દર્દીનું નામ	સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર	જન્મતારીખ		
માર્ગનું સરનામું	શહેર	રાજ્ય ઝિપ		
નિયોજક	ઘરનો ફોન	કુલ પગાર		
અન્ય આવક	કુટુંબની કુલ આવક (સેવાની તારીખ પ્રમાણે)			
કલ્યાણ \$	બેરોજગારી \$	છેલ્લા 12 મહિના	છેલ્લા 3 મહિના	વાર્ષિક
સોશિયલ સિક્યોરિટી \$	કાર્ય/વળતર \$	કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા	નામો અને જન્મતારીખો	
VA પેન્શન \$	ભથ્થું \$			
ભાડું \$	અન્ય \$			
લિક્વિડ એસેટ્સ				
બચત ખાતું	ચાલુ ખાતું	CD'S	T-બિલ્સ	
IRA	નિગોશિએબલ પેપર/કોર્પોરેટ સ્ટોક	અન્ય	કુલ લિક્વિડ એસેટ્સ	
મેડિકેઇડ માટે અયોગ્ય વર્ગ	___ ઉચ્ચ આવક	___ વિકલાંગ નથી	___ અયોગ્ય એલિયન	
રિયલ એસ્ટેટનું મૂલ્ય	\$			
સ્વાસ્થ્ય વીમા વાહકનું નામ	પોલિસી નંબર			
માર્ગનું સરનામું	શહેર	રાજ્ય	ઝિપ	
વીમા કંપનીએ ચૂકવેલા બિલની રકમ	વીમા કંપનીએ ન ચૂકવેલી રકમ	સેવાની તારીખ		
<p>હું પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપરોક્ત માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી પ્રમાણે સાચી અને ચોક્કસ છે. વધુમાં, મારા હોસ્પિટલના ચાર્જની ચૂકવણી માટે ઉપલબ્ધ હોઈ શકે એવી કોઈ પણ સહાયતા (મેડિકેઇડ, મેડિકેર, વીમો, વગેરે) માટે હું અરજી કરીશ, અને આવી સહાયતા મેળવવા માટે વાજબીપણે જરૂરી એવી કોઈ પણ કાર્યવાહી હું કરીશ અને હોસ્પિટલના ચાર્જીસ માટે વસૂલવામાં આવેલી રકમ હોસ્પિટલને ફાળવીશ અથવા ચૂકવીશ. હું સમજું છું કે મેડિકેઇડ માટેના નિર્ણયનો પુરાવો હોસ્પિટલને પૂરો પાડવો એ મારી જવાબદારી છે.</p> <p>હું સમજું છું કે આ અરજી એટલા માટે કરવામાં આવે છે, જેથી સ્ટેટ ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થના વળતર વિનાની સંભાળની યોજના હેઠળ જે સેવાઓ માટે વળતર આપવામાં આવતું નથી તે સેવાઓ માટે હોસ્પિટલ મારી લાયકાત નક્કી કરી શકે. હોસ્પિટલમાં ફાઇલ પરના સ્થાપિત માપદંડોના આધારે. જો મેં આપેલી કોઈ પણ માહિતી ખોટી હોવાનું સાબિત થાય. હું સમજું છું કે હોસ્પિટલ મારી આર્થિક સ્થિતિનું પુનઃમૂલ્યાંકન કરી શકે છે અને જે કોઈ પણ કાર્યવાહી યોગ્ય લાગે તે કરી શકે છે.</p>				
વિનંતીની તારીખ	અરજદારની સહી			

# ઁટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ

આ રેખાની નીચે લખશો નહિ (માત્ર કાર્યાલયના ઉપયોગ માટે જ)

યોગ્યતા નિર્ધારણ

અરજી મળ્યાની તારીખ

આવકની ખરાઈ કરવામાં આવી  
\_\_\_\_હા \_\_\_\_ના

\_\_\_\_ અરજી મંજૂર કરાઈ \_\_\_\_ આવકની ખરાઈ બાકી છે  
\_\_\_\_ મેડિકેઇડ અંગેનો નિર્ણય બાકી છે

\_\_\_\_ અરજી નકારવામાં આવી

કારણ:

યોગ્યતાની ટકાવારી \_\_\_\_\_%

નિર્ણય લેનાર વ્યક્તિની સહી તારીખ

નોંધ લેશો કે જો અરજી નકારવામાં આવે તો તમે ભાવિ સેવાઓ માટે ફરીથી અરજી કરી શકો છો

# ઍટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ

દર્દીએ પૂરું કરવાનું રહેશે

## પ્રમાણપત્રો

\_\_\_ મોરિસટાઉન મેડિકલ સેન્ટર  
\_\_\_ ઓવરલૂક મેડિકલ સેન્ટર  
\_\_\_ ન્યૂટન મેડિકલ સેન્ટર  
\_\_\_ શિલ્ડન મેડિકલ સેન્ટર

\_\_\_ A. મારે (#) \_\_\_\_\_ સગીર બાળકો છે.

\_\_\_ B. હું: અપરિણીત, પરિણીત, છૂટાછેડા લીધેલ, વિધુર/વિધવા છું, અલગ થયો/થઈ છું અને મારા જીવનસાથી સાથે મારે કોઈ નાણાકીય વ્યવહાર નથી.

\_\_\_ C. મારા અગાઉના જીવનસાથી/અન્ય વ્યક્તિ તરફથી મને બાળ સહાય/ભરણપોષણ પેટે કોઈ રકમ મળતી નથી.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ D. હું પ્રમાણિત કરું છું કે નીચેના સમયગાળા દરમિયાન મારે કોઈ આવક નહોતી: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ થી \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ E. સેવાના સમયે હું \_\_\_\_\_ બેરોજગાર હતો/હતી અથવા \_\_\_\_\_ રોજગારની વિગતો આ પ્રમાણે છે:

નોકરીએ જોડાવાની તારીખ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ હું દર અઠવાડિયે, બે અઠવાડિયે એક વખત, મહિને, વર્ષે \$ \_\_\_\_\_ મેળવતો/મેળવતી હતો/હતી.

\_\_\_\_\_ તરફથી મેળવેલ અન્ય આવક \$ \_\_\_\_\_ દર અઠવાડિયે, દર બે અઠવાડિયે, મહિને, વર્ષે.

\_\_\_ F. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારે કોઈ સંપત્તિ નથી.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ G. હું પ્રમાણિત કરું છું કે હું બેઘર છું અને \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ થી બેઘર છું. હું ક્યારેક સ્થાનિક આશ્રયસ્થાન પર રહું છું/ રહેતો/રહેતી નથી. મારી પાસે ઓળખનો પુરાવો છે/ નથી.

આશ્રયસ્થાનનું નામ/સરનામું: \_\_\_\_\_

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ H. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં વર્ષ \_\_\_\_\_ માટે આવકવેરાનું કોઈ રિટર્ન ભર્યું નથી, કારણ કે \_\_\_\_\_.

\_\_\_ I. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારે સ્વાસ્થ્યનું કોઈ કવરેજ નહોતું.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ J. હું \_\_\_\_\_ ખાતે રહી છું

મારી જાતે / આ વ્યક્તિ સાથે \_\_\_\_\_

# એટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ

\_\_\_ K. હું \_\_\_\_\_ થી ન્યૂ જર્સી રાજ્યનો/ની રહીશ છું. અન્ય કોઇપણ રાજ્ય અથવા દેશમાં મારું બીજું કોઇ રહેઠાણ નથી અને ન્યૂ જર્સીમાં મારો વસવાટ ચાલુ રાખવાનો સંપૂર્ણ આશય છે.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ L. હું ન્યૂ જર્સી રાજ્યનો/ની રહીશ નથી. કટોકટીની પરિસ્થિતિઓ હેઠળ મને હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યો/આવી હતો/હતી.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ M. ચેરિટી કેર માટે અરજી કરવા માટે હું આ સોગંદનામું રજૂ કરી રહ્યો/રહી છું.

હું સમજું છું કે મેં સુપ્રત કરેલી માહિતી એટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ અને સંઘીય અથવા રાજ્ય સરકારો દ્વારા ખરાઈને આધીન છે.

આ હકીકતોની ઇરાદાપૂર્વકની ખોટી રજૂઆતથી થઈ પાટી વીમા કંપની દ્વારા આવરી લેવામાં આવ્યા ન હોય એવા કોઈ પણ ખર્ચ માટે વળતર મેળવવાનો હોસ્પિટલનો અધિકાર રદ થશે. જો એટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ દ્વારા વિનંતી કરવામાં આવે તો, હું સહાયતા માટે લાયક સાબિત થતો/થતી હોઉં તો હું હોસ્પિટલના બિલની ચૂકવણી માટે સરકારી અથવા ખાનગી તબીબી મદદ માટે અરજી કરીશ.

મેં પ્રમાણિત કર્યું છે કે મારી આવક, કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા અને સંપત્તિ વિશેની માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી પ્રમાણે સાચી અને ચોક્કસ છે.

સહી: \_\_\_\_\_

તારીખ: \_\_\_\_\_

સાક્ષી: \_\_\_\_\_

તારીખ: \_\_\_\_\_

જો પરિણીત હો તો જીવનસાથીએ પૂરું કરવાનું રહેશે

\_\_\_ મોરિસટાઉન મેડિકલ સેન્ટર  
\_\_\_ ઓવરલૂક મેડિકલ સેન્ટર  
\_\_\_ ન્યૂટન મેડિકલ સેન્ટર  
\_\_\_ શિલ્ટન મેડિકલ સેન્ટર

## પ્રમાણપત્રો

\_\_\_ A. મારે (#) \_\_\_\_\_ સગીર બાળકો છે.

\_\_\_ B. હું: અપરિણીત, પરિણીત, છૂટાછેડા લીધેલ, વિધુર/વિધવા છું, અલગ થયો/થઈ છું અને મારા જીવનસાથી સાથે મારે કોઈ નાણાકીય વ્યવહાર નથી.

\_\_\_ C. મારા અગાઉના જીવનસાથી/અન્ય વ્યક્તિ તરફથી મને બાળ સહાય/ભરણપોષણ પેટે કોઈ રકમ મળતી નથી.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ D. હું પ્રમાણિત કરું છું કે નીચેના સમયગાળા દરમિયાન મારે કોઈ આવક નહોતી: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ થી \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ E. સેવાના સમયે હું \_\_\_\_\_ બેરોજગાર હતો/હતી અથવા \_\_\_\_\_ રોજગારની વિગતો આ પ્રમાણે છે:

નોકરીએ જોડાવાની તારીખ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ હું દર અઠવાડિયે, બે અઠવાડિયે એક વખત, મહિને, વર્ષે \$ \_\_\_\_\_ મેળવતો/મેળવતી હતો/હતી.

\_\_\_\_\_ તરફથી મેળવેલ અન્ય આવક \$ \_\_\_\_\_ દર અઠવાડિયે, દર બે અઠવાડિયે, મહિને, વર્ષે.

# એટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ

\_\_\_ F. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારે કોઈ સંપત્તિ નથી.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ G. હું પ્રમાણિત કરું છું કે હું બેઘર છું અને \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ થી બેઘર છું. હું ક્યારેક સ્થાનિક આશ્રયસ્થાન પર રહું છું/ રહેતો/રહેતી નથી.  
મારી પાસે ઓળખનો પુરાવો છે/ નથી.

આશ્રયસ્થાનનું નામ/સરનામું: \_\_\_\_\_

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ H. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં વર્ષ \_\_\_\_\_ માટે આવકવેરાનું કોઈ રિટર્ન ભર્યું નથી, કારણ કે \_\_\_\_\_.

\_\_\_ I. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારે સ્વાસ્થ્યનું કોઈ કવરેજ નથી.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ J. હું \_\_\_\_\_ ખાતે રહ્યો/રહી છું

મારી જાતે / આ વ્યક્તિ સાથે \_\_\_\_\_

\_\_\_ K. હું \_\_\_\_\_ થી ન્યૂ જર્સી રાજ્યનો/ની રહીશ છું. અન્ય કોઈ પણ રાજ્ય અથવા દેશમાં મારું બીજું કોઈ રહેઠાણ નથી  
અને ન્યૂ જર્સીમાં મારો વસવાટ ચાલુ રાખવાનો સંપૂર્ણ આશય છે.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ L. હું ન્યૂ જર્સી રાજ્યનો/ની રહીશ નથી. કટોકટીની પરિસ્થિતિઓ હેઠળ મને હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવામાં આવ્યો/આવી હતો/હતી.

સહી: \_\_\_\_\_

\_\_\_ M. ચેરિટી કેર માટે અરજી કરવા માટે હું આ સોગંદનામું રજૂ કરી રહ્યો/રહી છું.

હું સમજું છું કે મેં સુપ્રત કરેલી માહિતી એટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ અને સંઘીય અથવા રાજ્ય સરકારો દ્વારા ખરાઈને આધીન છે.

આ હકીકતોની ઇરાદાપૂર્વકની ખોટી રજૂઆતથી થર્ડ પાર્ટી વીમા કંપની દ્વારા આવરી લેવામાં આવ્યા ન હોય એવા કોઈ પણ ખર્ચ માટે વળતર મેળવવાનો હોસ્પિટલનો અધિકાર રદ થશે.  
જો એટલાન્ટિક હેલ્થ સિસ્ટમ દ્વારા વિનંતી કરવામાં આવે તો, હું સહાયતા માટે લાયક સાબિત થતો/થતી હોઉં તો હું હોસ્પિટલના બિલની ચૂકવણી માટે સરકારી અથવા ખાનગી તબીબી મદદ માટે અરજી કરીશ.

મેં પ્રમાણિત કર્યું છે કે મારી આવક, કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા અને સંપત્તિ વિશેની માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી પ્રમાણે સાચી અને ચોક્કસ છે.

સહી: \_\_\_\_\_

તારીખ: \_\_\_\_\_

સાક્ષી: \_\_\_\_\_

તારીખ: \_\_\_\_\_