

Atlantic Health System

MORRISTOWN MEDICAL CENTER
100 Madison Avenue Interoffice Box 111
Morristown NJ 07960

OVERLOOK MEDICAL CENTER
99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237
Summit, NJ 07902

NEWTON MEDICAL CENTER
175 High Street
Newton, NJ 07860

CHILTON MEDICAL CENTER
97 W. Parkway ATTN: Financial Counseling
Pompton Plains, NJ 07444

HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER
651 Willow Grove Street
Hackettstown, NJ 07840

वित्तीय काउंसलिंग

यह आपकी जिम्मेदारी है कि आप अपने भरे गए वित्तीय सहायता आवेदन पत्र और लिखित प्रमाण के साथ निवेदन किए गए सभी दस्तावेज प्रस्तुत करें। रोगी और उसके जीवनसाथी दोनों के लिए प्रमाणीकरण पृष्ठ को भरना आवश्यक है।

कृपया ध्यान दें कि नीचे सूचीबद्ध किए गए दस्तावेजों के अलावा और भी दस्तावेजों के लिए निवेदन किया जा सकता है और ये आपके आवेदन की प्रक्रिया करने के लिए जरूरी हो सकते हैं। कृपया ध्यान दें कि यदि आपकी आयु 18 वर्ष से अधिक है लेकिन 22 वर्ष से कम है और आपने एक पूर्णकाली विद्यार्थी के तौर पर नामांकन किया है, तो आपको अपने साथ-साथ अपने माता-पिता अथवा कानूनी अभिभावक और भाई-बहनों की पहचान प्रदान करने की आवश्यकता होगी। आपको अपने माता-पिता अथवा कानूनी अभिभावक की आय और संपत्तियों के बारे में जानकारी प्रदान करने की भी आवश्यकता होगी।

- प्रत्येक पारिवारिक सदस्य के लिए निजी पहचान का एक फार्, जिसमें शामिल हैं रोगी, उसका जीवनसाथी और नाबालिग आश्रित। ID के स्वीकार्य प्रकारों में शामिल हैं: अमेरिकी ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, सोशल सिव्योरिटी कार्ड, जन्म का प्रमाण-पत्र, अन्यदेशीय पंजीकरण कार्ड अथवा कर्मचारी ID आदि।
- (सेवा/आवेदन की तारीख) _____ तक पते का प्रमाण। सेवा/आवेदन की तारीख से तुरंत पहले पते के प्रमाण के स्वीकार्य प्रकारों में शामिल हैं: लीज़ अथवा यूटीलिटी बिल। रोगी को नाम और पते के साथ डाक का दस्तावेज भी स्वीकार्य है लेकिन इस पर सेवा/आवेदन की तारीख से 2 माह पहले के अंदर की डाक मोहर लगी होनी आवश्यक है। सेवा की तारीख के बाद कुछ भी स्वीकार नहीं होगा। P.O. Box पते स्वीकार्य नहीं हैं।
- रोगी और उसके जीवनसाथी दोनों के लिए सेवा/आवेदन की तारीख से तुरंत पहले एक माह, तीन माह, अथवा एक वर्ष तक की कुल आय के लिखित प्रमाण। लिखित प्रमाणों में निम्न शामिल हो सकते हैं:
 - नियोक्ता से पे स्टब (_____ से तुरंत पहले 4 लगातार सप्ताह)
 - बेरोज़गारी लाभ जानकारी (_____ से तुरंत पहले 4 लगातार सप्ताह)
 - सोशल सिव्योरिटी अवॉर्ड पत्र अथवा पेंशन, विकलांगता, बाल सहयोग, गुजारा भत्ता, वार्षिक भत्ता आदि दर्शाने वाली अन्य लाभ स्टेटमेंट...
 - कंपनी के लेटरहेड पर नियोक्ता से टाइप किया हुआ पत्र, जिसमें नौकरी की अवधि, कितनी बार भुगतान किया गया और भुगतान की गई कुल राशि लिखी हो। (अनुमानित राशि नहीं बताई जा सकती, राशि एकदम सही होनी चाहिए और पत्र पर शब्द "कुल" लिखा जाना आवश्यक है)
 - यदि रोगी और/अथवा उसका जीवनसाथी का स्व-रोज़गार है तो समायोजिक कुल आय की लेखाकार की स्टेटमेंट। इसमें कर ID शामिल होनी आवश्यक है और दस्तावेज तैयार करने वाले व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किए जाने आवश्यक हैं। सेवा अथवा आवेदन की तारीख से पहले एकदम सही एक माह, तीन माह, अथवा एक वर्ष होना आवश्यक है। इस प्रकार से एकदम सही तारीखें आवश्यक हैं: ____/____/____ से ____/____/____ तक।
 - यदि रोगी और उसके जीवनसाथी को कोई आय प्राप्त नहीं होती है तो आय की जगह रोटी-कपड़ा प्रदान करने वाले व्यक्ति से सहयोग का स्टेटमेंट।
- (सेवा/आवेदन की तारीख) _____ तक रोगी और उसके जीवनसाथी दोनों की बिल्कुल ताज़ा बैंक स्टेटमेंट (चालू और बचत) हमें सभी रिटायरमेंट फंड, ट्रस्ट फंड, सर्टिफिकेट ऑफ डिपोजिट (CD), मुख्य रिहायश के अलावा स्वामित्व वाले घरों में इक्विटी का मूल्य, स्टॉक्स, बॉन्ड्स, IRA और अन्य लिक्विड संपत्तियों के बकायों की भी आवश्यकता होगी।
- बिल्कुल ताज़ा फाइल किए टैक्स रिटर्न, सभी शेड्यूल्स और W2 सहित।

Atlantic Health System

MORRISTOWN MEDICAL CENTER
 OVERLOOK MDICAL CENTER
 NEWTON MEDICAL CENTER
 CHILTON MEDICAL CENTER
 HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

रोगी का नाम		सोशल सिक्योरिटी नंबर		जन्मतिथि	
स्ट्रीट पता		शहर		राज्य ज़िप	
नियोक्ता		घर का फोन नं		कुल वेतन	
अन्य आय		परिवार की कुल आय (सेवा की तारीख तक)			
कल्याण \$	बेरोज़गारी \$	पिछले 12 माह	पिछले 3 माह	वार्षिक	
सोशल सिक्योरिटी \$	कार्य/मुआवज़ा \$	परिवार के सदस्यों की संख्या	नाम और जन्मतिथियां		
VA पेंशन \$	गुजारा भत्ता \$				
किराया \$	अन्य \$				
लिक्विड संपत्तियां					
बचत खाता	चालू खाता	CD का	T-बिल		
IRA	विनिमेय पेपर/कापोरिट स्टॉक	अन्य	कुल लिक्विड संपत्तियां		
Medicaid के लिए श्रेणी अपात्र <input type="checkbox"/> उच्च आय <input type="checkbox"/> अक्षम नहीं <input type="checkbox"/> अपात्र अन्यदेशीय					
रियल एस्टेट का मूल्य \$					
स्वास्थ्य बीमा कैरियर नाम			पॉलिसी संख्या		
स्ट्रीट पता		शहर		राज्य ज़िप	
बीमा कंपनी द्वारा भुगतान किए गए बिल की राशि	बीमा कंपनी द्वारा भुगतान न की गई राशि	सेवा की तारीख			

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी जानकारी के आधार पर वास्तविक और सही है। इसके अलावा, मैं किसी भी उस सहायता के लिए आवेदन करूँगा (Medicaid, Medicare, बीमा कंपनी आदि), जो मेरे अस्पताल के खर्च का भुगतान करने के लिए उपलब्ध हो सकती है, और मैं ऐसी सहायता प्राप्त करने के लिए जरूरी कोई भी उचित कार्रवाई करूँगा अथवा अस्पताल खर्च के लिए रिकवर की गई राशि अस्पताल के सुपुर्द करूँगा अथवा भुगतान करूँगा। मैं समझता हूँ कि Medicaid के लिए अस्पताल को निर्धारण का प्रमाण प्रदान करना मेरी जिम्मेदारी है।

मैं समझता हूँ कि यह आवेदन इसलिए किया गया है, ताकि अस्पताल State Department of Health Uncompensated Care (राज्य स्वास्थ्य की विभाग अवैतनिक देखभाल) कार्यक्रम के अधीन अवैतनिक देखभाल के लिए मेरी पात्रता का निर्णय कर सकें। अस्पताल में

Atlantic Health System

मौजूद फाइल पर तय मापदंड पर आधारित। यदि मेरे द्वारा दी गई कोई भी जानकारी गलत सिद्ध होती है। मैं समझता हूँ कि अस्पताल मेरी वित्तीय स्थिति का दुबारा मूल्यांकन कर सकता है और उपयुक्त कार्रवाई हो, कर सकता है।

निवेदन की तारीख

आवेदक के हस्ताक्षर

इस लाइन के नीचे न लिखें (केवल कार्यालय के प्रयोग के लिए)

पात्रता निर्धारण

आवेदन प्राप्त होने की तारीख	सत्यापित की गई आय __हां __ नहीं	__मंजूर किया गया आवेदन __विचाराधीन आय सत्यापन __विचाराधीन Medicaid निर्धारण
__अस्वीकृत आवेदन		

कारण:	
पात्रता का प्रतिशत _____%	निर्धारण करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर तारीख

ध्यान दें कि यदि आवेदन अस्वीकृत हो तो आप भविष्य में सेवाओं के पुनः आवेदन कर सकते हैं

Atlantic Health System

रोगी द्वारा भरा जाना है

प्रमाणन

___ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
___ OVERLOOK MEDICAL CENTER
___ NEWTON MEDICAL CENTER
___ CHILTON MEDICAL CENTER
___ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

___ A. मेरे (#) _____ नाबालिग बच्चे हैं।

___ B. मैं हूँ: अविवाहित, विवाहित, तलाकशुदा, विधवा, अलग और मेरे जीवनसाथी के साथ कोई वित्तीय संबंध नहीं हैं।

___ C. मुझे अपने पूर्व जीवनसाथी/अन्य से कोई बाल सहयोग/गुजारा भत्ता नहीं मिलता।

हस्ताक्षरित: _____

___ D. मैं प्रमाणित करता हूँ कि निम्न तारीख तक मेरी कोई आय नहीं हुई: ___/___/___ से ___/___/___ तक।

हस्ताक्षरित: _____

___ E. सेवा के समय, मैं ___ बेरोज़गार था अथवा मुझे ___ द्वारा नियुक्त किया गया था: _____

नियुक्ति की तारीख: ___/___/___ मैं साप्ताहिक, अर्द्धसाप्ताहिक, मासिक, वार्षिक \$ _____ प्राप्त कर रहा था।

_____ से प्राप्त साप्ताहिक, अर्द्धसाप्ताहिक, मासिक, वार्षिक \$ _____ की अन्य आय।

___ F. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरी कोई संपत्तियां नहीं है।

हस्ताक्षरित: _____

___ G. मैं तसदीक करता हूँ कि मैं बेघर हूँ और ___/___/___ से बेघर हूँ। मैं कभी-कभार किसी स्थानीय शरण स्थल में रहता हूँ/ नहीं रहता।

मेरे पास पहचान कार्ड है/ नहीं है।

शरण स्थल का नाम/पता: _____

हस्ताक्षरित: _____

___ H. मैं तसदीक करता हूँ कि मैंने वर्ष _____ के लिए कोई आय कर विवरणी फाइल नहीं की क्योंकि _____।

___ I. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पास कोई स्वास्थ्य कवरेज नहीं थी।

हस्ताक्षरित: _____

___ J. मैं _____ में

अकेला / _____ के साथ रहता था।

___ K. मैं _____ से स्टेट ऑफ न्यू जर्सी (State of New Jersey) का निवासी हूँ। मेरे पास किसी अन्य राज्य अथवा देश में कोई रिहायश नहीं है और न्यू जर्सी में अपनी रिहायश को जारी रखना चाहता हूँ।

हस्ताक्षरित: _____

Atlantic Health System

___L. मैं स्टेट ऑफ न्यू जर्सी (State of New Jersey) का निवासी नहीं हूँ। मुझे आपातकालीन स्थितियों में अस्पताल में भर्ती कराया गया था।

हस्ताक्षरित: _____

___M. मैं चैरिटी केयर के लिए आवेदन करने हेतु यह हलफ़नामा (एफिडेविट) दे रहा हूँ।

मैं समझता हूँ कि जो जानकारी मैंने प्रस्तुत की है, वह Atlantic Health System और संघीय अथवा राज्य सरकारों द्वारा सत्यापन के अधीन है।

इन तथ्यों की जानबूझकर गलत बयानी अस्पताल को किसी तृतीय पक्ष के बीमा कैरियर द्वारा कवर न किए जाने वाले किसी भी खर्च के लिए अदायगी प्राप्त करने के अधिकार को बेअसर करेगी।

यदि Atlantic Health System द्वारा इसका निवेदन किया जाता है, तो मैं अस्पताल के बिल के भुगतान के लिए सरकारी अथवा अन्य चिकित्सीय सहायता के लिए आवेदन करूँगा, यदि मैं सहायता के लिए पात्र होता हूँ।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरी आय, पारिवारिक सदस्यों की संख्या और संपत्तियों के संबंध में जानकारी मेरी जानकारी के आधार पर वास्तविक और सही है।

हस्ताक्षरित: _____

तारीख: _____

गवाह: _____

तारीख: _____

Atlantic Health System

.यदि विवाहित हैं, तो जीवनसाथी द्वारा भरा जाना है

___ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
___ OVERLOOK MEDIAL CENTER
___ NEWTON MEDICAL CENTER
___ CHILTON MEDICAL CENTER
___ HACKETTST

प्रमाणन

- ___ A. मेरे (#) _____ नाबालिग बच्चे हैं।
- ___ B. मैं हूँ: अविवाहित, विवाहित, तलाकशुदा, विधवा, अलग और मेरे जीवनसाथी के साथ कोई वित्तीय संबंध नहीं हैं।
- ___ C. मुझे अपने पूर्व जीवनसाथी/अन्य से कोई बाल सहयोग/गुजारा भत्ता नहीं मिलता।
हस्ताक्षरित: _____
- ___ D. मैं प्रमाणित करता हूँ कि निम्न तारीख तक मेरी कोई आय नहीं हुई: ___/___/___ से ___/___/___ तक।
हस्ताक्षरित: _____
- ___ E. सेवा के समय, मैं ___ बेरोज़गार था अथवा मुझे ___ द्वारा नियुक्त किया गया था: _____
नियुक्ति की तारीख: ___/___/___ मैं साप्ताहिक, अर्द्धसाप्ताहिक, मासिक, वार्षिक \$ _____ प्राप्त कर रहा था।
_____ से प्राप्त साप्ताहिक, अर्द्धसाप्ताहिक, मासिक, वार्षिक \$ _____ की अन्य आय।
- ___ F. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरी कोई संपत्तियां नहीं है।
हस्ताक्षरित: _____
- ___ G. मैं तसदीक करता हूँ कि मैं बेघर हूँ और ___/___/___ से बेघर हूँ। मैं कभी-कभार किसी स्थानीय शरण स्थल में रहता हूँ/ नहीं रहता।
मेरे पास पहचान कार्ड है/ नहीं है।
शरण स्थल का नाम/पता: _____
हस्ताक्षरित: _____
- ___ H. मैं तसदीक करता हूँ कि मैंने वर्ष _____ के लिए कोई आय कर विवरणी फाइल नहीं की क्योंकि _____।
- ___ I. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरे पास कोई स्वास्थ्य कवरेज नहीं है।
हस्ताक्षरित: _____
- ___ J. मैं _____ में
अकेला / _____ के साथ रहता था।
- ___ K. मैं _____ से स्टेट ऑफ न्यू जर्सी (State of New Jersey) का निवासी हूँ। मेरे पास किसी अन्य राज्य अथवा देश में कोई रिहायश नहीं है और न्यू जर्सी में अपनी रिहायश को जारी रखना चाहता हूँ।
हस्ताक्षरित: _____

Atlantic Health System

___ L. मैं स्टेट ऑफ न्यू जर्सी (State of New Jersey) का निवासी नहीं हूँ। मुझे आपातकालीन स्थितियों में अस्पताल में भर्ती कराया गया था।

हस्ताक्षरित: _____

___ M. मैं चैरिटी केयर के लिए आवेदन करने हेतु यह हलफ़नामा (एफिडेविट) दे रहा हूँ।

मैं समझता हूँ कि जो जानकारी मैंने प्रस्तुत की है, वह Atlantic Health System और संघीय अथवा राज्य सरकारों द्वारा सत्यापन के अधीन है।

इन तथ्यों की जानबूझकर गलत बयानी अस्पताल को किसी तृतीय पक्ष के बीमा कैरियर द्वारा कवर न किए जाने वाले किसी भी खर्च के लिए अदायगी प्राप्त करने के अधिकार को बेअसर करेगी।

यदि Atlantic Health System द्वारा इसका निवेदन किया जाता है, तो मैं अस्पताल के बिल के भुगतान के लिए सरकारी अथवा अन्य चिकित्सीय सहायता के लिए आवेदन करूँगा, यदि मैं सहायता के लिए पात्र होता हूँ।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि मेरी आय, पारिवारिक सदस्यों की संख्या और संपत्तियों के संबंध में जानकारी मेरी जानकारी के आधार पर वास्तविक और सही है।

हस्ताक्षरित: _____

तारीख: _____

गवाह: _____

तारीख: _____