

## जेफ़र्सन काउंटी प्रोजेक्ट एक्सेस (JEFFERSON COUNTY PROJECT ACCESS)

### कार्यक्रम आवेदन (PROGRAM APPLICATION)

आवेदक सूचना			
अंतिम नाम:	प्रथम नाम:	मध्यम नाम:	
जन्म की तारीख:	एसएसएन/SSN:		
वर्तमान पता:	अपार्टमेंट #:		
बाहर/सिटी:	राज्य/स्टेट:	ज़िप	काउंटी:
पुरुष..... महिला.....	वैवाहिक स्थिति:		घर का फ़ोन: सेल फोन: ईमेल:
आय सूचना			
वर्तमान नियोक्ता:			
नियोक्ता का पता:			कब तक मौजूदा नौकरी में?
फ़ोन:	ईमेल:	फैक्स:	
बाहर:	राज्य:	पिन कोड:	
पद:	प्रति घंटा	या	वार्षिक (वृत्त)
अन्य आय स्रोत:	वार्षिक राशि:		
अन्य आय स्रोत:	वार्षिक राशि:		
आपातकालीन संपर्क			
एक आपात स्थिति, संपर्क के मामले में:			
पता:			फ़ोन:
बाहर:	राज्य:	ज़िप कोड:	
रिश्ता:			
जीवनसाथी की जानकारी			
अंतिम नाम:	प्रथम नाम:	मध्यम नाम:	
जन्म की तारीख:	फ़ोन:		
जीवनसाथी की रोजगार सूचना			
वर्तमान नियोक्ता:			
नियोक्ता का पता:			कितना लंबा?
फ़ोन:	ईमेल:	फैक्स:	
बाहर:	राज्य:	ज़िप कोड:	
पद:	वार्षिक आय:		
घरेलू जानकारी			
सूची नाम, जन्म तिथि, और किसी भी व्यक्तियों के संबंध वर्तमान में आप के साथ रहने वाले			
नाम	जन्म की तारीख	रिश्ता	

**रेफरल /परामर्श स्रोत**

जो आप के लिए भेजा:

फोन नंबर:

**वित्तीय आवेदन**

आय / व्यक्तिगत संपत्ति		मासिक रहने व्यय	
सोशल सिक्योरिटी	हाथ में पैसा	बंधक	अन्य
एस एस आई (SSI) / कौन प्राप्त करता है	बचत खाता	किराया	अन्य
वैटरन्स (veteran) पेंशन	चलती खाता	बिजली	अन्य
बेरोजगारी	लगानी	गैस	अन्य
कर्मचारियों का मुआवजा	जीवन बीमा	टेलीफोन	अन्य
ब्याज आय	संपत्ति	पानी	अन्य
विभाजित आय	वित्तीय विवरण	भोजन	अन्य
बच्चे को समर्थन	अन्य	कार पेट्रोल	अन्य
निर्वाह निधि		कार भुगतान	अन्य
किराया/रेंट		कार बीमा	
WIC (पोषण कार्यक्रम)		डेकेयर	
राशन कार्ड		बच्चे को समर्थन	
संपूर्ण	संपूर्ण	संपूर्ण	संपूर्ण

यदि आप वर्तमान में काम नहीं कर रहे हैं, तो जो आप का समर्थन करता है?

रिब्र ता:

चिकित्सा सूचना

सभी ज्ञात चिकित्सा समस्याओं को सूचीबद्ध करें

सभी मौजूदा निर्धारित और ओवर-द-काउंटर दवा/ मेडिक  
सूची

हेल्थकेयर का इतिहास

सूची चिकित्सकों और अस्पतालों है कि पिछले 5 वर्षों में आप के लिए देखभाल प्रदान की

क्लिनिक / अस्पताल का नाम	शहर /राज्य	फ़ोन

क्या आपके पास स्वास्थ्य बीमा है? नाम:	अपने नियोक्ता (या पति या पत्नी की नियोक्ता) की स्वास्थ्य बीमा करता है?	यदि हाँ, तो मासिक लागत आप के लिए / अपने पति या पत्नी के लिए कितना है ?	<i>नोट: नियोक्ता बताते हुए लाभ और प्रीमियम रकम से पत्र की आवश्यकता।</i>
बीमा (नियोक्ता का नाम) के माध्यम से उपलब्ध:	क्या आपने विकलांगता के लिए आवेदन किया है?  आवेदन की तारीख:	यदि मंजूरी दे दी, प्रभावी तिथि:  (अनुमोदन की तारीख के साथ मूल पत्र की जरूरत है)	
<b>अन्य जनसांख्यिकीय जानकारी</b>			
क्या आप वेटरन्स (veteran) हो?	आप स्वास्थ्य देखभाल के लिए वेटरन्स (veteran) जाने के लिए योग्य हैं?		
आप कूपर-ग्रीन अस्पताल में अतीत में स्वास्थ्य सेवा प्राप्त हुई?	यदि आप वर्तमान में कूपर-ग्रीन अस्पताल में स्वास्थ्य सेवा प्राप्त करते हैं?		
जन्म का देश:	नागरिकता का देश:		
पसंदीदा भाषा:	अन्य भाषाओं में बोली जाने वाली:		
<b>समझ के बयान</b>			
<p>मैं वादा करता हूँ कि सब कुछ मैं इस आवेदन में कहा है सच है। जेफरसन काउंटी प्रोजेक्ट एक्सेस (JCPA) अपने क्रेडिट और रोजगार के इतिहास की जांच करने के लिए अधिकृत है। यदि मंजूरी दे दी और JCPA कार्यक्रम में स्वीकार किया, मैं उपरोक्त जानकारी, दोनों चिकित्सा और वित्तीय दवा कंपनियों के लिए, जारी करने के लिए JCPA अनुमति, और मेरे ख्याल में शामिल चिकित्सकों दे। यदि मंजूरी दे दी और स्वीकार किया कि, मैं नीतियों और प्रवेश करने के लिए देखभाल कार्यक्रम की प्रक्रियाओं का पालन करने के लिए सहमत हूँ। मैं समझता हूँ कि यह एक कार्यक्रम समय की एक अस्थायी अवधि के लिए व्यक्तियों की सहायता करने के लिए होती है।</p>			
आवेदक के हस्ताक्षर: _____		दिनांक: _____	
			