

નાણાકીય સહાય અરજી ફોર્મ



મહત્વપૂર્ણ: તમે મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટ્સ-સંભાળપ્રાપ્ત કરવા માટે સક્ષમ છો: આ અરજી પૂરી કરવી એ AMITA Healthને એ નક્કી કરવામાં મદદરૂપ થાય છે કે તમે નિ:શુલ્ક અને ડિસ્કાઉન્ટવાળી સેવોઓ મેળવી શકો કે નહીં અથવા તો તમારી આરોગ્ય સંભાળના ખર્ચને યુક્તવવામાં મદદરૂપ થાય તેવા અન્ય જાહેર કાર્યક્રમોમાં ભાગ લઈ શકો કે નહીં. કૃપા કરીને આ અરજીને, કવર લેટર પર સૂચિબદ્ધ કરેલ સરનામાં પર સબમિટ કરો.

જો તમારો કોઈ વીમો નથી, તો મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટ્સ સારવાર માટે લાયક થવા માટે, કોઈ સામાજિક સુરક્ષા નંબર આવશ્યક નથી. જો કે, Medicaid સહિતના કેટલાક જાહેર કાર્યક્રમો માટે એક સામાજિક સુરક્ષા નંબર આવશ્યક હોય છે. કોઈ સામાજિક સુરક્ષા નંબર પ્રદાન કરવોજરૂરી નથી પરંતુ તમે કોઈપણ જાહેર કાર્યક્રમો માટે લાયક છો કે નહીં, તે નિર્ધારિત કરવામાં AMITA Health ને મદદ કરશે. “વૈકલ્પિક” રૂપે ચિહ્નિત કરેલા અરજીના પ્રશ્નો માટેના તમારા ઉત્તરનો (અથવા ઉત્તર ના આપવાનો) અરજીના પરિણામ પર કોઈ પ્રભાવ પડશે નહીં.

કૃપા કરીને આ ફોર્મ પૂર્ણ કરી, નિશુલ્ક અથવા ડિસ્કાઉન્ટ સારવાર ની અરજી કરવા માટે, વહેલી તકે સેવાની તારીખ પછી, વ્યક્તિગત રૂપે, મેઇલ દ્વારા, ઇલેક્ટ્રોનિક મેઇલ દ્વારા, અથવા ફેક્સ દ્વારા AMITA Health ને સબમિટ કરો. તમારી સારવાર માટેના પ્રથમ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ પછી, અમે 240 દિવસ સુધી તમારી અરજી સ્વીકારીશું. અરજી સબમિટ કરીને, તમે સ્વીકારો છો કે દર્દી આર્થિક સહાય માટે પાત્ર છે કે કેમ, તે નિર્ધારિત કરવા માટે AMITA Health ને સહાય કરવા માટે અરજીમાં બધી માહિતી પૂરી પાડવા માટે તમે સંપૂર્ણ પ્રયાસ કર્યો છે. જો તમને અરજીની પ્રક્રિયા વિષે કોઈ પ્રશ્નો હોય તો, તમે તમારા પ્રશ્નો અને ચિંતાઓ સાથે 888-693-2252 પર AMITA Healthના નાણાકીય સલાહ વિભાગનો સંપર્ક કરી શકો છો.

વીમા વિનાના દર્દીની ફરિયાદો અથવા ચિંતાઓની ડિસ્કાઉન્ટ અરજી પ્રક્રિયા અથવા હોસ્પિટલની નાણાકીય સહાયતાની પ્રક્રિયાને Illinois એટર્ની જનરલ હેલ્થ કેર બ્યુરોને જાણ કરવામાં આવી શકે છે. આ હેલ્થ કેર બ્યુરોની ટોલ-ફ્રી હોટલાઇન 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) છે.

દર્દીની માહિતી

(મહેરબાની કરીને પ્રિન્ટ અને બધા ક્ષેત્રો પૂર્ણ થવા જોઈએ અરજીમાં કોઈ વ્યક્તિગત લાઇન પર લાગુ ન હોય તો N/A સૂચવો)

તારીખ _____ એકાઉન્ટ નંબર _____

નામ (પ્રથમ અને અટક) _____

જન્મ તારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____

વૈકલ્પિક - લિંગની ઓળખ - તમે તમને યોગ્ય રીતે ઓળખાવો છો: પુરુષ મહિલા ટ્રાન્સજેન્ડર પુરુષ/ટ્રાન્સ પુરુષ/મહિલા-માંથી-પુરુષ (FTM)

ટ્રાન્સજેન્ડર મહિલા/ટ્રાન્સ મહિલા/પુરુષ-માંથી-મહિલા (MTF) લિંગ રહિત/એવી લિંગ જે ના તો પુરુષ હોવાની ના તો મહિલા હોવાની પુષ્ટિ કરે છે

વધારાનો લિંગ વર્ગ (અથવા અન્ય)

વૈકલ્પિક- લિંગની ઓળખ: તમારા જન્મના પ્રમાણપત્રમાં મૂળ કઈ લિંગ બતાવવામાં આવી હતી?: પુરુષ મહિલા

વૈકલ્પિક - વર્ણ: સફેદ કાળો અથવા આફ્રિકન અમેરિકન અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના વતની એશિયન ભારતીય યાઇનીઝ ફિલિપિનો જાપનીઝ કોરિયન

વિયેતનામિઝ અન્ય એશિયન હવાઇયન વતની ગુઆમેનિયન અથવા કેમોરો સમોઅન અન્ય પેસિફિક આઇસલેન્ડ

વૈકલ્પિક - વંશીયતા: હિસ્પેનિક, લેટિનો/ના અથવા સ્પેનિશ મૂળના મેક્સિકન, મેક્સિકન અમેરિકન, ચિકાનો/ના પુર્તો રિકન

ક્યુબન અન્ય હિસ્પેનિક, લેટિનો/ના અથવા સ્પેનિશ મૂળના

વૈકલ્પિક - ભાષા - શું તમે ઘરે અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય કોઈ ભાષા બોલો છો?: હા ના

જો હો તો, કઈ ભાષા?: _____

પત્રનું સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઊપ _____

વૈકલ્પિક - સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર _____

નોકરીદાતા _____ રોજગારની સ્થિતિ _____

નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષની માહિતી/કાનૂની વાલીની માહિતી

(જો ઉપરોક્ત દર્દી અને જવાબદાર પક્ષ સમાન હોય, તો આ વિભાગને ખાલી છોડી દો.)

નામ (પ્રથમ અને અટક) _____

જન્મતારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____

પત્રનું સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઊપ _____

સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર (વૈકલ્પિક) _____

નોકરી દાતા _____ રોજગારની સ્થિતિ _____

જીવનસાથીની જવાબદાર માહિતી

(જો દર્દી જવાબદાર પક્ષ સમાન હોય, તો દર્દી માટે જીવનસાથીની માહિતી ભરો.)

નામ (પ્રથમ અને અટક) _____

જન્મતારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____

પત્રનું સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઊપ _____

સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર (વૈકલ્પિક) _____

નોકરીદાતા _____ રોજગારની સ્થિતિ _____

નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષના આશ્રિતો

(જો દર્દી જવાબદાર પક્ષ સમાન હોય, તો દર્દી માટે જીવનસાથીની માહિતી ભરો.)

નામ _____ જન્મ તારીખ _____ જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____

નામ _____ જન્મ તારીખ _____ જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____

નામ _____ જન્મ તારીખ _____ જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____

નામ _____ જન્મ તારીખ _____ જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____

પુખ્ત વયના લોકો અને ઘરના બાળકોની સંખ્યા _____

માસિક આવક

(નીચે સૂચિબદ્ધ દરેક વસ્તુ માટે ડોલરની રકમ ભરો. દરેક માટે દર મહિને રકમ પ્રદાન કરો.)

અરજદારે પ્રાપ્ત કરેલી આવક _____		પ્રાપ્ત કરેલી બાબત સંબંધી સહાય _____	પ્રાપ્ત
અરજદારના જીવનસાથીની આવક _____	સોશિયલ	કરેલ ભરણપોષણ _____	ભાડાની
સિક્યુરિટીના ફાયદા _____	નિવૃત્તિ	મિલકતની આવક _____	ફૂડ
વેતન/નિવૃત્તિની આવક _____	વિકલાંગતા	સ્ટેમ્પ્સ _____	પ્રાપ્ત
સંબંધી આવક _____	બેરોજગારી	કરેલ ટ્રસ્ટ ફંડ વિતરણ _____	અન્ય
વળતર _____	કામગારનું	આવક _____	કુલ
વળતર _____		માસિક આવક \$ _____	
વ્યાજ/ડિવિડન્ડની આવક _____			

માસિક જીવન ખર્ચ

AMITA Healthની નાણાકીય સહાયતાની નીતિમાં વર્ણવ્યા અનુસાર જે દર્દીઓ અનુમાનિત રીતે યોગ્ય માનવામાં આવે તેમણે આ વિભાગ પૂર્ણ કરવો જરૂરી નથી.

ગીરો/ભાડું _____	યુટિલિટી	બાબત સંબંધી સહાય/ભરણપોષણ _____	ક્રેડિટ
_____	ફોન	કાર્ડો _____	
(લેન્ડલાઇન) _____	સેલ ફોન	ડૉક્ટર/હોસ્પિટલના બિલ _____	
_____		કાર/ઓટોનો વીમો _____	
કરીયાણું/માદ્યવસ્તુ _____		ઘર/મિલકતનો વીમો _____	
કેબલ/ઇન્ટરનેટ/સેટેલાઇટ ટીવી _____	કારની	તબીબી/આરોગ્ય વીમો _____	જીવન
ચુકવણી _____	બાબતની	વીમો _____	અન્ય
સંભાળ _____		માસિક ખર્ચ _____	કુલ
		માસિક ખર્ચ \$ _____	

સંપત્તિ

રોકડ/બચત/ચેકિંગ ખાતાઓ _____
સ્ટોક/બોન્ડ/રોકાણ/CD(s) _____
અન્ય રિઅલ એસ્ટેટ /બીજું રહેઠાણ _____
બોટ/આર.વી./મોટરસાઇકલ/મનોરંજનનું વાહન _____
કલેક્ટર ઓટોમોબાઇલ/બિન-જરૂરી ઓટોમોબાઇલ _____
આરોગ્ય બચત/ફલોક્સિબલ સ્પેન્ડિંગ એકાઉન્ટ વાહન _____

હું AMITA ને બાહ્ય ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ પાસેથી માહિતી મેળવવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજીની માહિતી સાચી છે અને મારા જ્ઞાન પ્રમાણે યોગ્ય છે. હું કોઈપણ રાજ્ય, સંઘીય અથવા સ્થાનિક સહાય માટે અરજી કરીશ, જેના માટે હું મારા તબીબી બિલોની ચુકવણી કરવામાં સહાય કરી શકું છું. હું સમજું છું કે પ્રદાન કરેલી આ માહિતી AMITA દ્વારા ચકાસી શકાય છે, અને હું આ અરજીમાં પ્રદાન કરેલી માહિતીની ચોકસાઈને ચકાસવા માટે AMITA ને ત્રીજા પક્ષકારોનો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું સમજું છું કે જો હું આ અરજીમાં જાણી જોઈને અસત્ય માહિતી પ્રદાન કરું છું, તો હું આર્થિક સહાય માટે અયોગ્ય હોઈશ, મને આપેલી કોઈપણ નાણાકીય સહાય પરત ખેંચાઈ શકે છે, અને હું પોતે જ બધા બિલ (ઓ) ની ચુકવણી માટે જવાબદાર હોઈશ.

અરજદારની સહી _____

તારીખ _____

ટિપ્પણીઓ

ટેકોનો પત્ર

દર્દીનો મેડિકલ રેકોર્ડ નંબર/એકાઉન્ટ નંબર _____

સમર્થકનું નામ _____

દર્દી/અરજદાર સાથે સંબંધ _____

સમર્થકનું સરનામું _____

પ્રતિ AMITA Health:

આ પત્ર એ બાબત જણાવવા માટે છે કે (દર્દીનું નામ) _____ ને ખૂબ જ થોડી અથવા કોઈ આવક નથી અને હું તેને/તેણીને જીવન નિર્વાહના ખર્ચમાં સહાયતા કરું છું. તેની/તેણીની/તેમની મારા પ્રત્યે ખૂબ જ થોડી અથવા કોઈ જવાબદારી નથી.

આ વિધાન પર હસ્તાક્ષર કરીને, હું સંમત છું કે આપેલી માહિતી મારા જ્ઞાન પ્રમાણ સાચી છે.

સમર્થકની સહી _____
તારીખ _____

પ્રિય દર્દી/અરજદાર,

AMITA Health સહાનુભૂતિ દ્વારા સંચાલિત છે અને તે બધાને ખાસ કરીને સૌથી વધુ જરૂરી લોકો માટે વ્યક્તિગત કાળજી પૂરી પાડવા માટે સમર્પિત છે. અમારા દર્દીઓને આર્થિક સહાય આપવી તે અમારું મિશન અને વિશેષાધિકાર છે. આર્થિક સહાય ફક્ત કટોકટી અને અન્ય આવશ્યક તબીબી સંભાળ માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા અને તમારા પરિવારની આરોગ્ય સંભાળની જરૂરિયાતો માટે અમારા ઉપર વિશ્વાસ કરવા બદલ આભાર.

અમે આ પત્ર અને જોડાયેલ આર્થિક સહાયની અરજી મોકલી રહ્યાં છીએ કારણ કે અમને તમારી વિનંતી મળી છે. જો તમે આ વિનંતી કરી ન હતી, તો કૃપા કરીને અવગણો. કૃપા કરીને તમારી સહી અને પાછા ફરતા પહેલાની તારીખ સહિત, બંને બાજુ પૂર્ણ કરો. જો તમે પાછલા છ મહિનાની અંદર કોઈ અરજી પૂર્ણ કરી અને નાણાકીય સહાય માટે મંજૂરી મળી હોય, તો કૃપા કરીને અમને સૂચિત કરો. તમારે નવી અરજી પૂર્ણ કરવાની જરૂર નથી. અમે છ મહિનાથી વધુ જૂની અરજી ને સ્વીકારવા યોગ્ય માનીશું નહિ.

અરજીની સાથે, કૃપા કરીને તમારી આવકના પુરાવા તરીકે નીચેની આઇટમ્સમાંથી ઓછામાં ઓછી એકની એક નકલ પ્રદાન કરો. જો તમે પરિણીત છો અથવા 6 મહિના કે તેથી વધુ સમય માટે નોંધપાત્ર રીતે કોઈ વ્યક્તિ સાથે રહો છો, તો અરજીની પ્રક્રિયા થાય તે પહેલાં, તેમની આવકના પુરાવા તરીકે નીચેની વસ્તુઓમાંથી ઓછામાં ઓછી એકની નકલ પણ આપવાની જરૂર રહેશે.

- માલિક પાસેથી તાજેતરના 3 પેસ્ટબ્સની નકલો
- તાજેતરના વાર્ષિક ટેક્સ રીટર્નની નકલો (જો સ્વરોજગાર હોય તો, બધા શેડ્યુલ્સશામેલ કરો)
- સામાજિક સુરક્ષા અને/અથવા પેન્શન નિવૃત્તિ પુરસ્કાર પત્ર
- માતાપિતા અથવા વાલીનું તાજેતરનું વાર્ષિક ટેક્સ રીટર્ન, જો અરજદાર તેમના કર ફોર્મ પર સૂચિબદ્ધ છે અને 25 વર્ષથી ઓછી વયની હોય તો
- અન્ય આવક માન્યતા દસ્તાવેજો
- છેલ્લા 3 મહિનાથી બેંકના નિવેદનોની નકલો
- બેરોજગારી લાભોની પ્રાપ્તિની નકલ

જો તમને ઘરમાં થી કોઈ કુટુંબ અથવા મિત્રો પાસેથી સહાય મળે છે, તો કૃપા કરીને તેમને "સપોર્ટ લેટર" ના લેબલ સાથે જોડાયેલ, ફોર્મ ભરવા માટે કહો. આ તેમને તમારા તબીબી બીલો માટે જવાબદાર બનાવશે નહીં. આ બતાવવામાં મદદ કરશે કે તમે કેવી રીતે તમારા જીવન ખર્ચનો નિર્વાહ કરી શકો છો. જો તમને પરિવાર અને મિત્રો તરફથી કોઈ સહાય પ્રાપ્ત ન થાય, તો તમારે સપોર્ટ લેટર ફોર્મ ભરવાની જરૂર નથી.

અંતે, કૃપા કરીને તમારા બાકી માસિક મેડિકલ અને ફાર્મસી/દવાના ખર્ચના પૂરાવા રૂપેના દસ્તાવેજો પણ પૂરા પાડશો.

કૃપા કરીને ધ્યાનમાં રાખશો કે અરજીને ધ્યાનમાં લેવામાં આવે તે માટે આવકના પુરાવા સાથે પૂર્ણ કરેલી અરજી સબમિટ કરવી જરૂરી છે. અમે અધૂરી અરજીઓ પર પ્રક્રિયા કરી શકશું નહીં અથવા તેને ધ્યાનમાં લઈ શકશું નહીં.

કૃપા કરીને ધ્યાનમાં રાખશો કે ઇન્ટરનેટ પર ઇમેઇલ દ્વારા કરવામાં આવતો સંચાર સુરક્ષિત હોતો નથી. તેમ છતાં, તે અસંભવિત છે, તેવી સંભાવના છે કે તમે ઇમેઇલમાં શામેલ કરેલી માહિતીને તે વ્યક્તિ ઉપરાંત, અન્ય પક્ષો દ્વારા અટકાવવામાં આવી શકે છે અને તે વાંચવામાં આવી શકે છે.

અમે તમારી વ્યક્તિગત માહિતીને સુરક્ષિત કરવા અને તેની ખાતરી કરવા માંગીએ છીએ કે તે સુરક્ષિત રહે. તમારી અરજીમાં તમારો સોશિયલ સીક્યુરિટી નંબર અને અન્ય ખાનગી માહિતી સમાવિષ્ટ હોવાથી, અમે તમને તેને ઇમેઇલ દ્વારા મોકલવાનું ટાળવાની વિનંતી કરીએ છીએ.

કૃપા કરીને તમારી પૂર્ણ કરેલી અરજીને પ્રિન્ટ કરો અને નીચેના સરનામાં પર મોકલો:

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

જો તમને આ અરજી વિષે કોઈ પ્રશ્નો હોય તો, કૃપા કરીને
888-693-2252 પર દર્દી માટેના અમારા એક પ્રતિનિધિને કોલ

ખરા દિલથી,

દર્દી નાણાકીય સેવાઓ
AMITA Health