



Ascension

પ્રિય દર્દી/અરજદાર,

Ascension કરુણા દ્વારા સંચાલિત છે અને બધા માટે - જેમાં ખાસ કરીને સૌથી વધુ જરૂરિયાતમંદ લોકો વ્યક્તિગત સંભાળ પૂરી પાડવા માટે સમર્પિત છે. અમારા દર્દીઓને નાણાકીય સહાય રજૂ કરવી એ અમારું મિશન અને વિશેષાધિકાર છે. આર્થિક સહાય ફક્ત કટોકટી અને અન્ય આવશ્યક તબીબી સંભાળ માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા અને તમારા પરિવારની આરોગ્ય સંભાળની જરૂરિયાતોની કાળજી રાખવા માટે અમારા ઉપર વિશ્વાસ કરવા બદલ આભાર. અમે આ પત્ર અને જોડાયેલ નાણાકીય સહાયની અરજી મોકલી રહ્યાં છીએ કારણ કે અમને તમારી વિનંતી મળી છે. જો તમે આ વિનંતી કરી નહતી, તો કૃપા કરીને અવગણો. કૃપા કરીને તેને પરત કરતાં પહેલાં તમારી સહી અને તારીખ સહિત, બંને બાજુ પૂર્ણ કરો. જો તમે પાછલા છ મહિનાની અંદર અરજી પૂર્ણ કરી હોય અને તમને નાણાકીય સહાય માટે મંજૂરી મળી હોય, તો કૃપા કરીને અમને જાણ કરો - તમારે નવી અરજી પૂર્ણ કરવાની જરૂર નથી. દુર્ભાગ્યવશ, અમે છ મહિના કરતાં વધુ જૂની અગાઉની એપ્લિકેશન પર આધાર રાખવામાં અસમર્થ છીએ. અરજીની સાથે, તમારે તમારા ઘરની આવકનું સત્યાપન તથા ઘરના કોઈપણ સભ્યની માલિકીની તમામ અસ્ક્યામતોનું સત્યાપન પૂરું પાડવું જરૂરી રહેશે.

આવક અને અસ્ક્યામતોના પુરાવાના ઉદાહરણોમાં આમનો સમાવેશ થાય છે:

- નોકરીદાતા તરફથી સૌથી તાજેતરની 3 પગાર સ્લિપની નકલ
- સૌથી તાજેતરના વાર્ષિક ટેક્સ રિટર્નની નકલો (જો સ્વરોજગાર હોય તો, બધા શેડ્યુલ્સ સામેલ કરો)
- સોશિયલ સિક્યુરિટી અને/અથવા પેન્શન રિટાયર્મેન્ટ અવોર્ડ લેટર
- માતાપિતા અથવા વાલીનું તાજેતરનું વાર્ષિક ટેક્સ રિટર્ન, જો અરજદાર તેમના ટેક્સ ફોર્મ પર સૂચિબદ્ધ હોય અને 25 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના આશ્રિત હોય
- બેરોજગારીના લાભની પર્હોચની નકલ
- Medicaid અને/અથવા રાજ્ય દ્વારા ભંડોળ અપાયેલ તબીબી સહાય માટેની પાત્રતાની મંજૂરી/નકાર
- આવક સત્યાપન માટેના અન્ય દસ્તાવેજો

અસ્ક્યામતોના પુરાવાના ઉદાહરણોમાં આમનો સમાવેશ થાય છે:

- પાછલા 3 મહિનાના કરન્ટ બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ (ચેકિંગ અને બચત ખાતા)
- રોકાણની વિગતો, સ્ટોક્સ અને બોન્ડ્સ સહિત
- ટ્રસ્ટ ફંડ્સ
- નાણાકીય બજારના અકાઉન્ટ્સ
- મ્યુચ્યુઅલ ફંડ્સ

છેલ્લે, તમને નાણાકીય સહાય માટે લાયક ઠેરવવા માટે બની શકે કે અમે તમારાં બાકી તબીબી બિલોને ધ્યાનમાં લઈએ. જો તમે ઇચ્છતા હોવ કે અમે આને ધ્યાનમાં લઈએ, તો કૃપા કરીને તમારા બાકી માસિક તબીબી અને ફાર્મસી / દવાના ખર્ચના દસ્તાવેજો પણ પ્રદાન કરો, જેમ કે વર્તમાન ઇન્વોઇસ અથવા એકાઉન્ટ બેલેન્સના સ્ટેટમેન્ટ્સ. કૃપા કરીને જાણો કે 1) પૂર્ણ કરેલી અરજી 2) આવકના પુરાવા, 3) અસ્કયામતો અને 4) બાકી તબીબી બિલ્સ (જો લાગુ હોય તો) સાથે પ્રાપ્ત થવી આવશ્યક છે જેથી તે ધ્યાનમાં લેવામાં આવી શકે. અમે પૂર્ણ ન હોય એવી અરજીઓ પર પ્રક્રિયા કરવામાં અથવા તેમને ધ્યાનમાં લેવામાં અસમર્થ છીએ.

અરજી જમા કરાવી રહ્યાં હોવ ત્યારે, કૃપા કરીને ધ્યાનમાં રાખશો કે ઇન્ટરનેટ પર ઇમેઇલ દ્વારા કરવામાં આવતા સંચાર સુરક્ષિત હોતા નથી. આવું થવું અસંભવિત હોવા છતાં, એવું શક્ય છે કે તમારા દ્વારા ઇમેઇલમાં સમાવિષ્ટ કરવામાં આવતી માહિતીને તમે જે વ્યક્તિને મોકલી હોય તે સિવાયના અન્ય પક્ષો દ્વારા અવરોધવામાં અને વાંચવામાં આવી શકે. અમે તમારી વ્યક્તિગત માહિતીને સુરક્ષિત કરવા માંગીએ છીએ અને સુનિશ્ચિત કરવા માંગીએ છીએ કે તે સુરક્ષિત રહે. અરજીમાં તમારો સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર અને અન્ય ખાનગી માહિતી સામેલ હોવાથી, અમે તમને તેને ઇમેઇલ કરવાનું ટાળવાની વિનંતી કરીએ છીએ.

કૃપા કરીને તમારી પૂર્ણ કરેલી અરજીને પ્રિન્ટ કરો અને આધારરૂપ દસ્તાવેજકરણ સાથે ટપાલથી નીચેના સરનામા પર પહોંચાડો:

Ascension St. Vincent (એસેન્શન સેન્ટ વિન્સેન્ટ) સાથેના હોસ્પિટલ એકાઉન્ટ્સ માટે

PO Box 713441
Chicago, IL 60677-4341

મેડિકલ ગ્રૂપ એકાઉન્ટ્સ માટે:

PO Box 80278
Indianapolis, IN 46240

અમે અહીં મદદ કરવા માટે છીએ અને સુનિશ્ચિત કરવા માંગીએ છીએ કે જે દર્દીઓ નાણાકીય સહાય માટે પાત્ર બને છે તેમને તે પ્રાપ્ત થાય. જો તમને આ અરજી, જરૂરી સહાયક દસ્તાવેજો અથવા તમારી અરજીને અમારા સુધી કઈ શ્રેષ્ઠ રીતે પહોંચાડવી તે વિશે કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને અમારા દર્દી પ્રતિનિધિઓમાંના એકને 866-435-2078 પર કોલ કરો.

નિષ્ઠાપૂર્વક,

Patient Financial Services
Ascension

નાણાકીય સહાય અરજીનું ફોર્મ



Ascension

દર્દીની માહિતી

(કૃપા કરીને પ્રિન્ટ કરો અને તમામ ક્ષેત્રો પૂર્ણ થવા આવશ્યક છે. અરજીમાં કોઈ વ્યક્તિગત લાઇન પર લાગુ ન હોય તો N/A સૂચવો)

તારીખ _____ એકાઉન્ટ નંબર _____

નામ (નામ અને અટક) _____

જન્મ તારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____

ટપાલનું સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝિપ _____

સામાજિક સુરક્ષા નંબર (વૈકલ્પિક) _____

નોકરીદાતા _____ રોજગારની સ્થિતિ _____

પ્રતિ સપ્તાહ કામના કલાકોની સંખ્યા _____ નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષની માહિતી/કાનૂની વાલીની માહિતી

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

નામ (નામ અને અટક) _____

જન્મ તારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____

ટપાલનું સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝિપ _____

સામાજિક સુરક્ષા નંબર (વૈકલ્પિક) _____

નોકરીદાતા _____ રોજગારની સ્થિતિ _____

પ્રતિ સપ્તાહ કામના કલાકોની સંખ્યા _____ નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષના જીવનસાથી સંબંધી માહિતી

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

નામ (નામ અને અટક) _____

જન્મ તારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____

ટપાલનું સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝિપ _____

સામાજિક સુરક્ષા નંબર (વૈકલ્પિક) _____

નોકરીદાતા _____ રોજગારની સ્થિતિ _____

પ્રતિ સપ્તાહ કામના કલાકોની સંખ્યા _____ નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષના આશ્રિતો

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

નામ _____	જન્મ તારીખ _____	જવાબદાર પક્ષ સાથેનો _____
સંબંધનામ _____	જન્મ તારીખ _____	જવાબદાર પક્ષ સાથેનો સંબંધ _____
નામ _____	જન્મ તારીખ _____	જવાબદાર પક્ષ સાથેનો સંબંધ _____
નામ _____	જન્મ તારીખ _____	જવાબદાર પક્ષ સાથેનો સંબંધ _____

ઘરમાં રહેતા પુખ્ત વયના લોકો અને બાળકોની સંખ્યા _____

માસિક આવક

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

અરજદારની કમાણીની આવક _____
અરજદારના જીવનસાથીની આવક _____
સામાજિક સુરક્ષા લાભો _____
પેન્શન/નિવૃત્તિની આવક _____
વિકલાંગતાની આવક _____
બેરોજગારી વળતર _____
કામદારનું વળતર _____
વ્યાજ/ડિવિડન્ડની આવક _____

પ્રાપ્ત થતો ચાઇલ્ડ સપોર્ટ _____
પ્રાપ્ત થતું ભરણપોષણ _____
ભાડાની મિલકતની આવક _____
ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ _____
પ્રાપ્ત થતું ટ્રસ્ટ ફંડ વિતરણ _____
અન્ય આવક _____
અન્ય આવક _____
કુલ માસિક આવક \$ _____

માસિક જીવન ખર્ચ

ગીરો/ભાડું _____
ઉપયોગિતાઓ _____
ફોન (લેન્ડલાઇન) _____
સેલ ફોન _____
કરિયાણા/ખોરાક _____
કેબલ/ઇન્ટરનેટ/સેટેલાઇટ ટીવી _____
કાર ચુકવણી _____
બાળ સંભાળ _____

ચાઇલ્ડ સપોર્ટ/ભરણપોષણ _____
ક્રેડિટ કાર્ડ _____
ડોક્ટર/હોસ્પિટલના બિલ _____
કાર/ઓટો ઇન્શ્યોરન્સ _____
ઘર/પ્રોપર્ટી ઇન્શ્યોરન્સ _____
મેડિકલ/હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ _____
જીવન વીમો _____
અન્ય માસિક ખર્ચ _____
કુલ માસિક ખર્ચ \$ _____

સંપત્તિ

રોકડ/બચત/ચેકિંગ ખાતાઓ _____
સ્ટોક્સ/બોન્ડ્સ/રોકાણો/CD(s) _____
અન્ય સ્થાવર મિલકત/ગૌણ નિવાસસ્થાન _____
બોટ/RV/મોટરસાયકલ/મનોરંજક વાહન _____
કલેક્ટર ઓટોમોબાઇલ્સ/બિન-આવશ્યક ઓટોમોબાઇલ્સ _____
અન્ય અસ્કયામતો _____

હું આથી પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપર્યુક્ત માહિતી મારી જાણ મુજબ સાચી અને સંપૂર્ણ છે. હું આથી હોસ્પિટલને અધિકૃત કરું છું જે તેને જરૂરી લાગે, તો તે બાલ્ક ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ પાસેથી માહિતી મેળવી શકે.

અરજદારની સહી _____
તારીખ _____

ટિપ્પણીઓ

