

## હોસ્પિટલ નાણાકીય સહાય કાર્યક્રમ

તમારી તબીબી આવશ્યકતાઓ માટે Saint Agnes Hospital પસંદ કરવા બદલ આભાર.

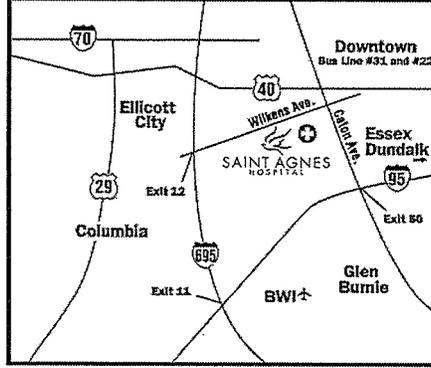
તમે અમારા હોસ્પિટલ નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ માટે અરજી કરવામાં અભિરુચિ વ્યક્ત કરી છે. આ ધ્યાનમાં લેતા, જરૂરી દસ્તાવેજો અમારી ઓફિસમાં પ્રાપ્ત થવા આવશ્યક છે:

- એપ્લિકેશન પૂર્ણ થયેલ છે
- પહેલાનાં વર્ષોના, ફેડરલ આવકવેરા રિટર્ન
- વર્તમાન આવકનો પુરાવો અથવા, જો બેરોજગાર છો, તો રોજગારના વળતરનો પુરાવો અથવા સમર્થન પત્ર
- કોઈપણ તપાસનો પુરાવો
- ચકાસણી અને / અથવા બચત ખાતાની પુસ્તિકાની એક નકલ
- કોઈપણ બિન ચૂકવેલા તબીબી બીલની નકલો

મૂલ્યાંકન પ્રક્રિયા પૂર્ણ થયા પછી, તમને તમારા બાકી ખાતામાં લાગુ કરવા, જો કોઈ હોય તો, ભથ્થાની ટકાવારી વિશે તમને સૂચિત કરવામાં આવશે.

જો અમને 15 દિવસની અંદર વિનંતી કરેલી જરૂરી માહિતી પ્રાપ્ત નહીં થાય, તો અમે અમારી સામાન્ય સંગ્રહ પદ્ધતિઓનું પાલન કરીશું. જો તમને કોઈ પ્રશ્નો અથવા ચિંતા છે, તો કૃપા કરીને અહીં 667-234-2140 દર્દી ખાતાના પ્રતિનિધિનો સંપર્ક કરો.

## તમારી તબીબી આવશ્યકતાઓ માટે Saint Agnes Hospital પસંદ કરવા બદલ આભાર!



900 S. Caton Avenue  
Mailstop 045  
Baltimore, MD 21229  
667-234-2140  
TTY: 667-234-2001  
www.TeamSaintAgnes.com



## દર્દી નાણાકીય સેવાઓ

મેરીલેન્ડ સ્ટેટ યુનિફોર્મ  
નાણાકીય સહાય  
એપ્લિકેશન

# મેરીલેન્ડ સ્ટેટ યુનિફોર્મ નાણાકીય સહાય એપ્લિકેશન

તમારા વિશેની માહિતી

નામ: \_\_\_\_\_  
પ્રથમ મધ્ય છેલ્લું

સામાજિક સુરક્ષા નંબર: \_\_\_\_\_

જન્મ તારીખ: \_\_\_\_\_

વૈવાહિક સ્થિતિ: અપરિણીત પરિણીત અલગ

US નાગરિક: હા ના

કાયમી નિવાસ્થાન: હા ના

ધરનું સરનામું: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

શહેર રાજ્ય ઝિપ કોડ

દેશ \_\_\_\_\_ ફોન \_\_\_\_\_

નિયોક્તાનું નામ: \_\_\_\_\_

કાર્યસ્થળનું સરનામું: \_\_\_\_\_

શહેર રાજ્ય ઝિપ કોડ

પરિવારના સભ્યો:

નામ ઉંમર સંબંધ

શું તમે તબીબી સહાય માટે અરજી કરી છે?

હા ના

જો હા, તો તમે કઈ તારીખે અરજી કરી હતી? \_\_\_\_\_

જો હા, તો શું નિર્ણય હતો? \_\_\_\_\_

શું તમને કોઈ પણ પ્રકારની રાજ્ય કે દેશની સહાય મળે છે? હા ના

I. પરિવારની આવક માસિક આવક

રોજગાર \_\_\_\_\_

નિવૃત્તિ / પેન્શન લાભ \_\_\_\_\_

સામાજિક સુરક્ષા લાભ \_\_\_\_\_

જાહેર સહાય લાભ \_\_\_\_\_

અપંગતા લાભ \_\_\_\_\_

બેકારીનો લાભ \_\_\_\_\_

પીઢતાના લાભ \_\_\_\_\_

ભરણ પોષણ \_\_\_\_\_

ભાડાની મિલકતની આવક \_\_\_\_\_

હડતાળ લાભ \_\_\_\_\_

લશ્કરી ફાળવણી \_\_\_\_\_

ખેતર અથવા સ્વ રોજગાર \_\_\_\_\_

અન્ય આવકના સ્ત્રોત \_\_\_\_\_

કુલ \_\_\_\_\_

II. તરલ સંપત્તિ

ખાતું તપાસે છે \_\_\_\_\_

બચત ખાતું \_\_\_\_\_

શેર, બોન્ડ, CD, અથવા \_\_\_\_\_

નાણાં બજાર \_\_\_\_\_

અન્ય ખાતા \_\_\_\_\_

કુલ \_\_\_\_\_

III. અન્ય સંપત્તિ

જો તમે નીચેની આઇટમ્સમાંથી કોઈપણના માલિક છો, તો કૃપા કરીને તેના પ્રકાર અને આશરે મૂલ્યની સૂચિ બનાવો.

ધર: લોન બેલેન્સ: \_\_\_\_\_ મૂલ્ય: \_\_\_\_\_

ઓટો: નિર્માણ: \_\_\_\_\_ વર્ષ: \_\_\_\_\_ મૂલ્ય: \_\_\_\_\_

ઓટો: નિર્માણ: \_\_\_\_\_ વર્ષ: \_\_\_\_\_ મૂલ્ય: \_\_\_\_\_

III. અન્ય સંપત્તિ

ઓટો: નિર્માણ: \_\_\_\_\_ વર્ષ: \_\_\_\_\_ મૂલ્ય: \_\_\_\_\_

અન્ય મિલકત: \_\_\_\_\_

કુલ \_\_\_\_\_

IV. માસિક ખર્ચ માસિક રકમ

ભાડે અથવા ગીરો \_\_\_\_\_

ઉપયોગિતાઓ \_\_\_\_\_

કાર ચુકવણી(ઓ) \_\_\_\_\_

ક્રેડિટ કાર્ડ(કાર્ડ્સ) \_\_\_\_\_

કાર વીમો \_\_\_\_\_

અન્ય તબીબી ખર્ચ \_\_\_\_\_

અન્ય ખર્ચ \_\_\_\_\_

કુલ \_\_\_\_\_

શું તમારા અન્ય કોઈ બિન ચૂકવેલ તબીબી બીલ છે?

હા ના જો હા, તો રકમ \_\_\_\_\_

કઈ સેવા માટે? \_\_\_\_\_

જો તમે કોઈ ચુકવણી યોજના નક્કી કરી છે, તો માસિક ચુકવણી કેટલી છે? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

જો તમે વિનંતી કરો કે હોસ્પિટલ અતિરિક્ત નાણાકીય સહાય વધારે, તો પૂરક નિર્ણય લેવા માટે હોસ્પિટલ વધારાની માહિતી માટે વિનંતી કરી શકે છે. આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરીને, તમે પ્રમાણિત કરો છો કે પ્રદાન કરેલી માહિતી સાચી છે અને આપેલી માહિતીમાં કોઈપણ ફેરફારની ફેરફારના દસ દિવસની અંદર હોસ્પિટલને સૂચિત કરવા સંમત થાઓ છો.

અરજદારના હસ્તાક્ષર

દર્દી સાથે સંબંધ

તારીખ