[Date]

પ્રિય દર્દી/અરજદાર,

Ascension કરુણાથી પ્રેરિત થઈને કામ કરે છે અને બધાને, ખાસ કરીને સૌથી વધુ જરૂરિયાતમંદ લોકોને વ્યક્તિગત આવશ્યકતાઓ પૂરી કરતી સંભાળ પૂરી પાડવા માટે પ્રતિબદ્ધ છે. અમારા દર્દીઓને આર્થિક સહાય રજૂ કરવી તે 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 સાથે જોડેલ આર્થિક સહાયની અરજી મોકલી રહ્યાં છીએ કારણ કે અમને તમારી વિનંતી મળી છે. જો તમે આ વિનંતી કરી ન હતી, તો કૃપા કરીને અવગણો. તેને પરત કરતાં પહેલાં કૃપા કરીને બંને બાજુ પૂરી રીતે ભરો, જેમાં તમારી સહી અને તારીખનો સમાવેશ થાય છે. જો તમે પાછલા છ મહિનાની અંદર કોઈ અરજી ભરી કરી હોય અને નાણાકીય સહાય માટે મંજૂરી મળી હોય, તો કૃપા કરીને અમને સૂચિત કરો - તમારે નવી અરજી ભરવાની જરૂર ન હોય તેવું બને. દુર્ભાગ્યે, અમે એવી અરજી ઉપર આધાર રાખવામાં અસમર્થ છીએ જે છ મહિના કરતાં વધુ પહેલાંની હોય.

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
- તાજેતરના વાર્ષિક ટેક્સ રિટર્નની નકલો (જો સ્વરોજગાર હોય તો, બધા શેડ્યુલ્સ સામેલ કરો)
- સોશિયલ સિક્યુરિટી અને/અથવા પેન્શન રિટાર્યમેન્ટ અવૉર્ડ લેટર
- જો અરજદાર માતા-પિતા અથવા વાલીના ટેક્સ ફોર્મમાં સૂચિબદ્ધ કરેલા આશ્રિત હોય અને 25 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના હોય તો, તેમના છેલ્લા વાર્ષિક ટેક્સ રિટર્નની નકલ
- બેરોજગારીના લાભની પહોંચની 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 બૅંક સ્ટેટમેન્ટ્સ (ચેકિંગ અને બચત ખાતા)

- રોકાણની વિગતો, સ્ટોક્સ અને બૉન્ડ્સ સહિત
- ટ્રસ્ટ ફન્ડ્સ
- નાણાકીય બજારના અકાઉન્ટ્સ
- મ્યુચ્યુઅલ ફન્ડ્સ

જો તમે પરિવાર અથવા મિત્રો પાસેથી સહાયતા પ્રાપ્ત કરતા હો અથવા તેમના ઘરમાં રહેતા હો તો, કૃપા કરીને તેમની પાસે આ સાથે જોડેલો "સમર્થન પત્ર" ભરાવો. આ તેમને તમારા તબીબી બીલો માટે જવાબદાર બનાવશે નહીં. તે એ જાણવામાં મદદરૂપ થશે કે તમે કેવી રીતે તમારા જીવન નિર્વાહનો ખર્ચ કરી શકો છો. જો તમે તમારા પરિવાર અને મિત્રો તરફથી સહાયતા પ્રાપ્ત ના કરતા હો તો, તમારે સમર્થન પત્ર ભરવાની જરૂર નથી.

આખરે, તમને નાણાકીય સહાય માટે પાત્ર ગણવા માટે અમે તમારા ચુકવવાના બાકી તબીબી બિલોને ધ્યાને લેવામાં સમર્થ બની શકીએ. જો અમે આને ધ્યાનમાં લઈએ તેવું તમે ઇચ્છતા હોવ, તો કૃપા કરીને તમારા ચુકવવાના બાકી હોય તેવા માસિક તબીબી અને ફાર્મસી/દવા ખર્ચાઓ, જેમકે હાલના ઇન્વૉઇસ અથવા અકાઉન્ટ બેલેન્સ સ્ટેટમેન્ટ્સનું દસ્તાવેજીકરણ પણ પૂરું પાડશો. કૃપા કરીને નોંધશો કે અરજીને ધ્યાનમાં લેવામાં આવે તે માટે 1) ભરેલી અરજી અને તેની સાથે 2) આવકનો પુરાવો, 3) અસ્ક્યામતો, અને 4) ચુકવવાના બાકી બિલ (જો લાગુ પડે તો) પ્રાપ્ત થાય તે અનિવાર્ય છે. પૂર્ણ ના હોય તેવી અરજી પર અમે પ્રક્રિયા કરી શકશું નહીં અથવા તેને ધ્યાનમાં લઇ શકશું નહીં.

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 રાખવા માંગીએ છીએ અને સુનિશ્ચિત કરવા માંગીએ છીએ કે તે સુરક્ષિત જ રહે. તમારી અરજીમાં તમારો સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર અને અન્ય ખાનગી માહિતી સમાવિષ્ટ હોવાથી, અમે તમને તેને ઇમેઇલ દ્વારા મોકલવાનું ટાળવાની વિનંતી કરીએ છીએ.

કૃપા કરીને તમે ભરેલી અરજીને પ્રિન્ટ કરો અને આધારરૂપ દસ્તાવેજીકરણ સાથે ટપાલથી અથવા રૂબરૂમાં નીચેના સરનામાં પર પહોંચાડો:

Facility/ Office where services were/ will be provided	Mail Completed Application To:
Ascension St. John Hospital	22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Warren Campus	11800 Twelve Mile Rd, Warren, MI 48093
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Madison Heights Campus	27351 Dequindre Rd, Madison Heights, MI 48071
Ascension Providence Hospital	16001 W Nine Mile Rd, Southfield, MI 48075
Ascension Providence Park Hospital	47601 Grand River Ave, Novi, MI 48374
Ascension River District Hospital	4100 River Rd, East China, MI 48054
Ascension Medical Group - Physician Services	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 તેઓ તે પ્રાપ્ત કરે. જો તમને આ અરજી, જરૂરી આધારરૂપ દસ્તાવેજો વિશે,

અથવા તમારી અરજી અમારી પાસે લાવવાની સૌથી સારી રીત વિશે કોઇ પ્રશ્નો હોય તો, કૃપા કરીને [xxx-xxx- xxxx] પર કૉલ કરી અમારા દર્દીના પ્રતિનિધિઓમાંથી એકનો સંપર્ક કરો.

Facility/Office where service were/will be provided	Phone #
Ascension Macomb-Oakland Hospitals	888-329-0421
Ascension St. John Hospital, Detroit	877-809-6191
Ascension Providence Hospital	800-878-2455
Ascension Providence Park Hospital	800-878-2455
Ascension River District Hospital	810-329-5318

ભવદીય,

પેશન્ટ ફાઇનાન્શિયલ સર્વિસીઝ

Ascension

નાણાકીય સહાય અરજી ફોર્મ

Ascension

દર્દીની માહિતી

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

તારીખ ______________ એકાઉન્ટ નંબર ______________ હોસ્પિટલનું નામ______________

નામ (પ્રથમ અને છેલ્લું) ______________

જન્મ તારીખ ______________ વૈવાહિક સ્થિતિ ______________ ફોન નંબર ______________

મેઇલિંગ સરનામું ______________ શહેર ______________ રાજ્ય ______ ઝીપ______

સામાજિક સુરક્ષા નંબર (વૈકલ્પિક) ______________

એમ્પ્લોયર ______________ રોજગારની સ્થિતિ ______________

અઠવાડિયામાં કામ કરેલા કલાકોની સંખ્યા ______________ એમ્પ્લોયર 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 છેલ્લું) ______________

જન્મ તારીખ ______________ વૈવાહિક સ્થિતિ ______________ ફોન નંબર ______________

મેઇલિંગ સરનામું ______________ શહેર ______________ રાજ્ય ______ ઝીપ______

સામાજિક સુરક્ષા નંબર (વૈકલ્પિક) ______________

એમ્પ્લોયર ______________ રોજગારની સ્થિતિ ______________

અઠવાડિયામાં કામ કરેલા કલાકોની સંખ્યા ______________ એમ્પ્લોયર ફોન નંબર ______________

જીવનસાથીની જવાબદાર માહિતી

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

નામ (પ્રથમ અને છેલ્લું) ______________

જન્મ તારીખ ______________ વૈવાહિક સ્થિતિ ______________ ફોન નંબર ______________

મેઇલિંગ સરનામું ______________ શહેર ______________ રાજ્ય ______ ઝીપ______

સામાજિક સુરક્ષા નંબર (વૈકલ્પિક) ______________

એમ્પ્લોયર ______________ રોજગારની સ્થિતિ ______________

અઠવાડિયામાં કામ કરેલા કલાકોની સંખ્યા ______________ એમ્પ્લોયર 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 સાથેનો સંબંધ ______________

નામ ______________ જન્મ તારીખ ______________ સંબંધ જવાબદાર પક્ષ સાથે ______________

નામ ______________ જન્મ તારીખ ______________ જવાબદાર પક્ષ સાથેના 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.)

અરજદારની આવક ____________________

અરજદાર જીવનસાથીની આવક ____________________

સામાજિક સુરક્ષા લાભો ____________________

પેન્શન/નિવૃત્તિ આવક ____________________

વિકલાંગ આવક ____________________

બેકારી વળતર ____________________

કામદારનું વળતર ____________________

વ્યાજ/ડિવિડન્ડ આવક ____________________

ચાઇલ્ડ સપોર્ટ પ્રાપ્ત થયો ____________________

ખોરાકી પ્રાપ્ત થઈ ____________________

ભાડાની સંપત્તિની આવક ____________________

ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ ____________________

ટ્રસ્ટ ભંડોળનું વિતરણ ____________________

અન્ય આવક ____________________

અન્ય આવક ____________________

કુલ માસિક આવક $ ____________________

માસિક જીવન ખર્ચ

મોર્ટગેજ/ભાડું____________________

ઉપયોગિતાઓ____________________

ફોન (લેન્ડલાઇન) ____________________

સેલ ફોન ____________________

કરિયાણા/ખોરાક____________________

કેબલ/ઇન્ટરનેટ/ સેટેલાઇટ ટીવી____________________

કારની ચુકવણી ____________________

ચાઇલ્ડ કાળજી ____________________

બાળ આધાર/ખોરાકી ____________________

ક્રેડિટ કાર્ડ ____________________

ડોક્ટર/હોસ્પિટલ બીલ ____________________

કાર/ઓટો વીમો ____________________

ઘર/મિલકત વીમો ____________________

મેડિકલ/આરોગ્ય વીમો ____________________

જીવન વીમો ____________________

અન્ય માસિક ખર્ચ ____________________

કુલ માસિક ખર્ચ $ ____________________

સંપત્તિ

કેશ/બચત/ચકાસણી એકાઉન્ટ્સ ____________________

સ્ટોક્સ/બોન્ડ/રોકાણ/ સીડી (ઓ)____________________

અન્ય રિયલ એસ્ટેટ/માધ્યમિક નિવાસ ____________________

બોટ/આરવી/મોટરસાઇકલ/મનોરંજન વાહન ____________________

કલેક્ટર ઓટોમોબાઇલ્સ/બિન-વિશેષ ઓટોમોબાઈલ્સ ____________________

અન્ય સંપત્તિ ____________________

હું પ્રમાણિત કરું છું આથી કે ઉપરોક્ત માહિતી મારા જ્ઞાનના શ્રેષ્ઠ સાચું અને સંપૂર્ણ છે. જો હું હોસ્પિટલને જરૂરી ગણાતી હોય તો બાહ્ય ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓની માહિતી મેળવવા માટે હું અહીંથી હોસ્પિટલને અધિકૃત કરું છું.

અરજદારની સહી ____________________

તારીખ __________

ટિપ્પણીઓ ____________________

Ascension

ટેકોનો પત્ર

દર્દીના તબીબી રેકોર્ડ નંબર/એકાઉન્ટ નંબર ____

સમર્થકનું નામ ____

દર્દી/અરજદાર સાથે સંબંધ ____

સમર્થકનું સરનામું ____

Ascension માટે:

આ પત્ર એ સલાહ આપવા માટે છે કે (દર્દીનું નામ) ________________________________ ઓછી અથવા ના ને બરાબર આવક થાય છે અને હું તેના જીવન ખર્ચમાં મદદ કરું છું. તેને/તેણીની મારે પ્રત્યે કોઇ જવાબદારી નથી.

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

ટેકેદારની સહી ____

તારીખ _________