



Ascension

પ્રિય દર્દી/અરજદાર,

Ascension (એસેન્શન) કરુણાથી પ્રેરિત છે અને બધા, ખાસ કરીને સૌથી વધુ જરૂરિયાતમંદ લોકો માટે, વ્યક્તિગત સંભાળ પૂરી પાડવા માટે સમર્પિત છે. અમારા દર્દીઓને આર્થિક સહાય ઓફર કરવી એ અમારું મિશન અને વિશેષાધિકાર છે. આર્થિક સહાય ફક્ત આપાતકાલીન અને અન્ય આવશ્યક તબીબી સંભાળ માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા અને તમારા પરિવારની આરોગ્ય સંભાળની જરૂરિયાતોની કાળજી રાખવા માટે અમારા ઉપર વિશ્વાસ કરવા બદલ તમારો આભાર.

અમે આ પત્ર અને જોડાયેલ આર્થિક સહાય અરજી મોકલી રહ્યાં છીએ કારણ કે અમને તમારી વિનંતી પ્રાપ્ત થઈ છે. જો તમે આ વિનંતી કરી નથી, તો કૃપા કરીને આ સંદેશને અવગણો. કૃપા કરીને તેને પરત પહેલાં બંને બાજુ પૂર્ણ કરો, જેમાં તમારી સહી અને તારીખ સામેલ હોય. જો તમે પાછલા છ મહિનાની અંદર અરજી પૂર્ણ કરી છે અને તમને આર્થિક સહાય મેળવવા માટે મંજૂરી આપવામાં આવી છે, તો કૃપા કરીને અમને જાણ કરો - તમારે નવી અરજીને પૂર્ણ કરવાની જરૂર નથી. દુર્ભાગ્યવશ, અમે છ મહિના કરતાં વધુ જૂની અગાઉની એપ્લિકેશન પર આધાર રાખવામાં અસમર્થ છીએ.

અરજી સાથે, તમારે તમારા ઘરની આવકનું તથા ઘરના કોઈપણ સદસ્યની માલિકીની તમામ અસ્કયામતોનું સત્યાપન પ્રદાન કરવાની જરૂર રહેશે.

આવક અને અસ્કયામતોના પુરાવાના ઉદાહરણોમાં આ સામેલ છે:

- નોકરીદાતા પાસેથી તાજેતરની ૩ પગાર સ્લિપની નકલો
- સૌથી તાજેતરના વાર્ષિક ટેક્સ રિટર્નની નકલો (જો સ્વરોજગાર હોય તો, તમામ શેડ્યુલને સામેલ કરો)
- સોશિયલ સિક્યુરિટી અને/અથવા પેન્શન રિટાર્યમેન્ટ અવોર્ડ લેટર
- માતાપિતા અથવા વાલીનું તાજેતરનું વાર્ષિક ટેક્સ રિટર્ન, જો અરજદાર તેમના ટેક્સ ફોર્મ પર યાદીબદ્ધ હોય અને 25 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના આશ્રિત હોય
- બેરોજગારી સંબંધી લાભોની રસીદની નકલ
- Medicaid (મેડિકેઇડ) અને/અથવા રાજ્ય દ્વારા ભંડોળ અપાયેલી તબીબી સહાય માટેની પાત્રતાની મંજૂરી/અસ્વીકાર
- આવકના સત્યાપન સંબંધી અન્ય દસ્તાવેજો

અસ્કયામતોના પુરાવાનાં ઉદાહરણોમાં સામેલ છે:

- પાછલા ૩ મહિનાના વર્તમાન બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ (ચેકિંગ અને બચત ખાતા)
- સ્ટોક્સ અને બોન્ડ્સ સહિતનાં રોકાણો સંબંધી વિગતો
- ટ્રસ્ટનાં ફંડ્સ
- નાણાકીય બજાર સંબંધી એકાઉન્ટ્સ
- સામૂહિક રોકાણ યોજના

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 ઇન્ડવોસેસ 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 સબમિટ કરી રહ્યાં હોવ ત્યારે, કૃપા કરીને એ વાત ધ્યાનમાં રાખશો કે ઇન્ટરનેટ પર ઇમેઇલ દ્વારા કરવામાં આવતાં કમ્યુનિકેશન્સ સુરક્ષિત હોતાં નથી. આવું થવું અસંભવિત હોવા છતાં, એવું શક્ય છે કે તમારા દ્વારા ઇમેઇલમાં સામેલ કરવામાં આવતી માહિતીને તમે જે વ્યક્તિને મોકલી હોય તે સિવાયના અન્ય પક્ષો દ્વારા બની શકે કે અવરોધવામાં અને વાંચવામાં આવે. અમે તમારી વ્યક્તિગત માહિતીને સુરક્ષિત કરવા ઇચ્છીએ છીએ અને સુનિશ્ચિત કરવા માંગીએ છીએ કે તે સુરક્ષિત રહે. અરજીમાં તમારો સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર અને અન્ય ખાનગી માહિતી સામેલ હોવાને કારણે અમે તમને તેને ઇમેઇલ કરવાનું ટાળવાની વિનંતી કરીએ છીએ.

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

Ascension Seton (એસેન્શન સેટોન) - Patient Financial Services (પેશન્ટ ફાઇનાન્સિયલ સર્વિસીસ) એટીટીએન: ફાઇનાન્સિયલ કાઉન્સેલર્સ Attn: Financial Counselors
P.O. Box 204301
Dallas TX, 75320-4301
800-749-7624

Ascension Medical Group (એસેન્શન મેડિકલ ગ્રૂપ)
Attn: Financial Assistance Department
P.O. Box 80278
Indianapolis, IN 46240-9998
833-263-9789

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 512-324-1125 પર કોલ કરો.

નિષ્ઠાપૂર્વક,

Patient Financial Services Ascension
(પેશન્ટ ફાઇનાન્સિયલ સર્વિસીસ એસેન્શન)

નાણાકીય સહાય સંબંધી અરજીનું ફોર્મ



**Ascension
Seton**

દર્દી સંબંધી માહિતી

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

તારીખ _____ એકાઉન્ટ નંબર _____

નામ (પ્રથમ અને છેલ્લું) _____

જન્મ તારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____

મેઇલિંગ સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝિપ _____

સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર (વૈકલ્પિક) _____

નોકરીદાતા _____ રોજગારનું સ્ટેટસ _____

અઠવાડિયા દીઠ કામના કલાકો _____ નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષની માહિતી/કાનૂની વાલીની માહિતી

(જો ઉપર્યુક્ત 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 _____ ઝિપ _____

સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર (વૈકલ્પિક) _____

નોકરીદાતા _____ રોજગારનું સ્ટેટસ _____

અઠવાડિયા દીઠ કામના કલાકો _____ નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષના જીવનસાથી સંબંધી માહિતી

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

નામ (પ્રથમ અને છેલ્લું) _____

જન્મ તારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____

મેઇલિંગ સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝિપ _____

સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર (વૈકલ્પિક) _____

નોકરીદાતા _____ રોજગારનું સ્ટેટસ _____

અઠવાડિયા દીઠ કામના કલાકો _____ નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષના આશ્રિતો

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

નામ _____ જન્મ તારીખ _____ જવાબદાર પક્ષ સાથેનો સંબંધ _____

નામ _____ જન્મ તારીખ _____ જવાબદાર પક્ષ સાથેનો સંબંધ _____

નામ _____ જન્મ તારીખ _____ જવાબદાર પક્ષ સાથેનો સંબંધ _____

નામ _____ જન્મ તારીખ _____ જવાબદાર પક્ષ સાથેનો સંબંધ _____

ઘરમાં રહેતી પુખ્ત વયની વ્યક્તિઓ અને બાળકોની સંખ્યા _____

માસિક આવક

(નીચે યાદીબદ્ધ દરેક વસ્તુ માટે રકમને ડોલરમાં ભરો. દરેક માટે મહિના દીઠ રકમ પ્રદાન કરો.)

અરજદારની આવક _____
અરજદારના જીવનસાથીની આવક _____
સોશિયલ સિક્યુરિટી લાભો _____
પેન્શન/નિવૃત્તિની આવક _____
વિકલાંગતાની આવક _____
બેરોજગારી વળતર _____
કામદારનું વળતર _____
વ્યાજ/ડિવિડન્ડની આવક _____

બાળ આધાર પ્રાપ્ત થયેલ છે _____
ભરણપોષણ મળેલ છે _____
ભાડાની મિલકતની આવક _____
ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ _____
ટ્રસ્ટ ફંડ વિતરણ પ્રાપ્ત થયેલ છે _____
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 _____
ડૉક્ટર/હોસ્પિટલનાનાં બિલ્સ _____
કાર/ઓટો ઇન્શ્યોરન્સ _____
ઘર/ પ્રોપર્ટી ઇન્શ્યોરન્સ _____
મેડિકલ/હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ _____
લાઇફ ઇન્શ્યોરન્સ _____
અન્ય માસિક ખર્ચ _____
કુલ માસિક ખર્ચ \$ _____

સંપત્તિ

રોકડ/બચત/ચેકિંગ ખાતાં _____
સ્ટોક્સ/બોન્ડ્સ /રોકાણો/CD _____
અન્ય સ્થાવર મિલકત/ગૌણ નિવાસસ્થાન _____
બોટ/RV (આરવી)/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 કે જો તેને જરૂરી લાગે, તો તે બાહ્ય ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ પાસેથી માહિતી મેળવી શકે.

અરજદારની સહી _____

તારીખ _____

ટિપ્પણીઓ

