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 ન હતી, 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 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.

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 રિટાર્યમેન્ટ અવૉર્ડ લેટર
- માતાપિતા અથવા વાલીનું તાજેતરનું વાર્ષિક ટેક્સ રિટર્ન, જો અરજદાર તેમના ટેક્સ ફ્રોર્મ પર સૂચિબદ્ધ હોય અને 25 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના આશ્રિત હોય
- 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 ફંડ

છેલ્લે, તમને નાણાકીય સહાય માટે લાયક ઠેરવવા માટે અમે તમારા બાકી તબીબી બિલોને ધ્યાનમાં લેવા સમર્થ હોઈ શકીએ છીએ. 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 જાણ રાખો કે અરજીને ધ્યાનમાં લેવામાં આવે તે માટે 1) પૂર્ણ કરેલી અરજી અને તેની સાથે 2) આવકનો પુરાવો, 3) સંપત્તિ અને 4) બાકી મેડિકલ બિલો (જો લાગુ હોય તો) પ્રાપ્ત થવા આવશ્યક છે. અમે પૂર્ણ ન હોય તેવી અરજીઓ પર પ્રક્રિયા કરવામાં અથવા 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 તમે ભરેલી અરજીને પ્રિન્ટ કરો અને આધારરૂપ દસ્તાવેજીકરણ સાથે ટપાલથી અથવા રૂબરૂમાં નીચેના સરનામાં પર પહોંચાડો:**

**Ascension Providence - Patient Financial Services**
**Attn: Financial Counselors**
**P.O. Box 206767**
**Dallas TX, 75320**
**800-291-1493**

**Ascension Medical Group**
**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 લાયક હોય તેઓને તે પ્રાપ્ત થાય. જો તમને આ અરજી, જરૂરી સહાયક દસ્તાવેજો અથવા તમારી અરજીને અમારા સુધી કઈ શ્રેષ્ટ રીતે પહોંચાડવી તે વિશે કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને અમારા દર્દી પ્રતિનિધિઓમાંથી એકને 512-324-1125 પર કૉલ કરો.

નિષ્ઠાપૂર્વક,

Patient Financial Services
Ascension

# નાણાકીય સહાય અરજીનું ફોર્મ

Ascension Seton

## દર્દીની માહિતી

*(કૃપા કરીને પ્રિન્ટ કરો અને બધા ક્ષેત્રો પૂર્ણ હોવા જોઈએ. અરજીમાં કોઈ 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 કલાકો____________________ 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 કલાકો____________________ નોકરીદાતાનો ફોન નંબર______________________

## જવાબદાર પક્ષ જીવનસાથીની 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 કલાકો____________________ 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 સંબંધ__________________
નામ______________________ 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 ____________________
કામદારોનું વળતર ____________________
વ્યાજ/ડિવિડન્ડની આવક ____________________

પ્રાપ્ત થતો ચાઇલ્ડ સપોર્ટ ____________________
પ્રાપ્ત થતું ભરણપોષણ ____________________
મિલકતના ભાડાની 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 ____________________
ડૉક્ટર/હોસ્પિટલનાનાં બિલ્સ ____________________
કાર/ઑટો 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 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 ____________________