

# નાણાકીય સહાય અરજી ફોર્મ



## Ascension

### દર્દીની માહિતી

(મહેરબાની કરીને પ્રિન્ટ અને બધા ક્ષેત્રો પૂર્ણ થવા જોઈએ અરજીમાં કોઈ વ્યક્તિગત વાઇન પર વાગુ ન હોય તો N/A સૂચવો)

તારીખ \_\_\_\_\_ એકાઉન્ટ નંબર \_\_\_\_\_ ડોસ્પિટલનું નામ \_\_\_\_\_

નામ (પ્રથમ અને છેલ્લું) \_\_\_\_\_

જન્મ તારીખ \_\_\_\_\_ વૈવાહિક સ્થિતિ \_\_\_\_\_ ફોન નંબર \_\_\_\_\_

મેઇલિંગ સરનામું \_\_\_\_\_ શહેર \_\_\_\_\_ રાજ્ય \_\_\_\_\_ ઝીપ \_\_\_\_\_

સામાજિક સુરક્ષા નંબર (વૈકલ્પિક) \_\_\_\_\_

એમ્બ્લોયર \_\_\_\_\_ રોજગારની સ્થિતિ \_\_\_\_\_

અઠવાડિયામાં કામ કરેલા કલાકોની સંખ્યા \_\_\_\_\_ એમ્બ્લોયર 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) \_\_\_\_\_

એમ્બ્લોયર \_\_\_\_\_ રોજગારની સ્થિતિ \_\_\_\_\_

અઠવાડિયામાં કામ કરેલા કલાકોની સંખ્યા \_\_\_\_\_ એમ્બ્લોયર 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) \_\_\_\_\_

એમ્બ્લોયર \_\_\_\_\_ રોજગારની સ્થિતિ \_\_\_\_\_

અઠવાડિયામાં કામ કરેલા કલાકોની સંખ્યા \_\_\_\_\_ એમ્બ્લોયર 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 \_\_\_\_\_  
વિકલંગ 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/બોન્ડ્સ/રોકાણ/ સીડી (ઓ) \_\_\_\_\_  
અન્ય રિયલ એસ્ટેટ/માધ્યમિક નિવાસ \_\_\_\_\_  
બોટ/આરવી/મોટરસાઇકલ/મનોરંજન વાહન \_\_\_\_\_  
ક્લેક્ટર ઓટોમોબાઇલ્સ/બિન-વિશેષ ઓટોમોબાઇલ્સ \_\_\_\_\_  
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 કોઈ જવાબદારી નથી.

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

ટેકેદારની સહી \_\_\_\_\_

તારીખ \_\_\_\_\_



# Ascension

## જરૂરી દસ્તાવેજ અને પ્રમાણપત્ર

અરજીની સાથે, કૃપા કરીને તમારી આવકના પુરાવા તરીકે નીચેની આઇટમ્સમાંથી ઓછામાં ઓછી એકની એક નકલ પ્રદાન કરો. જો તમે પરિણીત છો અથવા 6 મહિના કે તેથી વધુ સમય માટે નોંધપાત્ર રીતે કોઈ વ્યક્તિ સાથે રહો છો, તો અરજીની પ્રક્રિયા થાય તે પહેલાં, તેમની આવકના પુરાવા તરીકે નીચેની વસ્તુઓમાંથી ઓછામાં ઓછી એકની નકલ પણ આપવાની જરૂર રહેશે.

- માલિક પાસેથી તાજેતરના 3 પેસ્ટબ્સની નકલો
- તાજેતરના વાર્ષિક ટેક્સ રીટર્નની નકલો (જો સ્વરોજગાર હોય તો, બધા શેડ્યુલ્સશામેલ કરો)
- સામાજિક સુરક્ષા અને/અથવા પેન્શન નિવૃત્તિ પુરસ્કાર પત્ર
- માતાપિતા અથવા વાલીનું તાજેતરનું વાર્ષિક ટેક્સ રીટર્ન, જો અરજદાર તેમના કર ફોર્મ પર સૂચિબદ્ધ છે અને 25 વર્ષથી ઓછી વયની હોય તો
- અન્ય આવક માન્યતા દસ્તાવેજો
- છેલ્લા 3 મહિનાથી બેંકના નિવેદનોની નકલો
- બેરોજગારી લાભોની પ્રાપ્તિની નકલ

જો તમને ઘરમાં થી કોઈ કુટુંબ અથવા મિત્રો પાસેથી સહાય મળે છે, તો કૃપા કરીને તેમને "સપોર્ટ વેટર" ના લેબલ સાથે જોડાયેલ, ફોર્મ ભરવા માટે કહો. આ તેમને તમારા તબીબી બીલો માટે જવાબદાર બનાવશે નહીં. આ બતાવવામાં મદદ કરશે કે તમે કેવી રીતે તમારા જીવન ખર્ચનો નિર્વાહ કરી શકો છો. જો તમને પરિવાર અને મિત્રો તરફથી કોઈ સહાય પ્રાપ્ત ન થાય, તો તમારે સપોર્ટ વેટર ફોર્મ ભરવાની જરૂર નથી.

અંતે, કૃપા કરીને તમારા બાકી માસિક તબીબી અને ફાર્મસી/ડ્રગ ખર્ચના દસ્તાવેજો પણ પુરાવા તરીકે પ્રદાન કરો. મહેરબાની કરીને ધ્યાનમાં રાખો કે અરજીને માન્ય બનાવવા માટે આવકના પુરાવા સાથે પૂર્ણ થયેલ અરજી સબમિટ કરવી જરૂરી છે. જે અરજી સંપૂર્ણ નથી તેના પર અમે પ્રક્રિયા કરવામાં અથવા ધ્યાનમાં લેવામાં અસમર્થ છીએ.

કૃપા કરીને ધ્યાનમાં રાખો કે ઇન્ટરનેટ દ્વારા ઇમેઇલ દ્વારા સંચાર સુરક્ષિત નથી. તેમ છતાં, તે અસંભવિત છે, તેવી સંભાવના છે કે તમે ઇમેઇલમાં શામેલ કરેલી માહિતીને તે વ્યક્તિ ઉપરાંત, અન્ય પક્ષો દ્વારા અટકાવવામાં આવી શકે છે અને તે વાંચવામાં આવી શકે છે.

અમે તમારી વ્યક્તિગત માહિતીને સુરક્ષિત કરવા અને તેની ખાતરી કરવા માંગીએ છીએ કે તે સુરક્ષિત રહે. અરજીમાં તમારો સામાજિક સુરક્ષા નંબર અને અન્ય ખાનગી માહિતી શામેલ હોવાથી, અમે તમને તેને ઇમેઇલ કરવાનું ટાળવાની વિનંતી કરીએ છીએ.

કૃપા કરીને પ્રિંટ કરો અને મેઇલ કરો અથવા તમારી પૂર્ણ કરેલી અરજી નીચે આપેલા સરનામાં પર હાથોહાથ પહોંચાડો:

**Ascension St. John Hospital**  
**Attn: Financial Counseling/FAP**  
**22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236**

1-866-501-3627, વિકલ્પ 3