

નાણાકીય સહાય માટેની અરજી

સેવાની તારીખ: _____ એકાઉન્ટ નંબર: _____

દર્દી અથવા અરજદારનું નામ: _____

સરનામું: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____

ઝિપ: _____

ફોન: _____ વૈવાહિક સ્થિતિ: _____

નાણાકીય સહાયની વિચારણા માટે નીચેની બાબતો પૂર્ણ કરવી આવશ્યક છે. કૃપા કરીને નોંધ કરો કે વીમા વિનાના દર્દીઓએ સહાય મેળવવા પહેલા અમારા વીમા પાત્રતા વિકેતા સાથે વાત કરવી જોઈએ.

(જીવનસાથી અને 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના આશ્રિત બાળકો, જેઓ પરિવારમાં રહે છે અને તેમની જન્મ તારીખોની યાદી)

નામ	દર્દી સાથેનો સંબંધ	જન્મ તારીખ	સેવાની તારીખ પહેલાના 3 મહિનામાં કુલ આવક	સેવાની તારીખ પહેલાના 12 મહિનામાં કુલ આવક	આવકનો સ્ત્રોત નોકરીદાતાનું નામ (જો તમે કોલેજના વિદ્યાર્થી છો તો રાજ્ય)
	સ્વયં				

- જો તમે કુલ આવક શૂન્ય છે તેવી જાણ કરો છો, તો તમને કેવી રીતે સમર્થન આપવામાં આવે છે?

- તમારી મુલાકાત સમયે તમે કયા રાજ્યમાં રહેતા હતા? _____
- શું તમે MEDICAID અથવા અન્ય કોઈ કાઉન્ટી સહાય માટે અરજી કરી છે? ના હા (તારીખ/રાજ્ય _____)
- શું તમારી પાસે સેવાની તારીખ પર આરોગ્ય વીમો હતો? ના હા (આ અરજી સાથે કાર્ડની નકલ પ્રદાન કરો)
- શું સેવાની તારીખ ઓટો અકસ્માત સાથે સંબંધિત હતી? ના હા (વીમાનું નામ/દાવો# _____)
- શું તમારા ઘરમાં કોઈની પાસે ચેકિંગ અથવા સેવિંગ્સ એકાઉન્ટ છે? ના હા (મૂલ્ય _____)
- શું તમારા ઘરમાં કોઈની પાસે બીજી કોઈ સંપત્તિ છે? ના હા (પ્રકાર/મૂલ્ય) _____
- શું તમે પોતાનું ઘર ધરાવો છો કે ભાડે રહો છો? પોતાનું ભાડે અન્ય
(_____)

ઉપર સૂચિબદ્ધ આવક અસ્કયામતો માટે તમારે પરિવારના દરેક સભ્ય માટે નીચેની બાબતો પ્રદાન કરવી આવશ્યક છે:

(કૃપા કરીને પ્રાપ્ત વસ્તુઓ ચેક કરો)

- રોજગાર = 3 અથવા 12 મહિનાની આવક સ્વ રોજગાર = શેડ્યુલ C સહિત ટેક્સ ફોર્મ્સ પૂર્ણ કરો
- બેરોજગાર = લાભ પત્ર બાળ સમર્થન = કોર્ટ દ્વારા આદેશિત દસ્તાવેજ
- સામાજિક સુરક્ષા = લાભ પત્ર અન્ય = ડિવિડન્ડ, વ્યાજ, ભાડાની આવક જેવી કોઈપણ અન્ય આવકનો પુરાવો
- પેન્શન અથવા વિકલાંગતા = લાભ પત્ર ચેકિંગ / સેવિંગ્સ = દરેક એકાઉન્ટ માટે વર્તમાન 30 દિવસનું સ્ટેટમેન્ટ

પ્રમાણપત્ર: આ દસ્તાવેજ પર સહી કરીને, હું ખાતરી આપું છું કે આ અરજીના જવાબો સાચા છે. કોઈ પણ વ્યક્તિની નાણાકીય સહાય અરજીની અનુગામી સમીક્ષામાં એવી જાણ થાય છે કે તે વ્યક્તિ દ્વારા આપવામાં આવેલી માહિતી ખોટી અથવા કપટપૂર્ણ હતી, તો નાણાકીય સહાય પૂરી પાડવાનો નિર્ણય પાછો ખેંચવામાં આવી શકે છે અને જવાબદાર પક્ષને બિલ આપવામાં આવશે. હું સમજું છું કે જે માહિતી હું સબમિટ કરું છું તે મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતા દ્વારા ચકાસણીને આધિન છે, જેમાં ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓનો સમાવેશ થાય છે, અને સંઘીય અને/અથવા રાજ્ય એજન્સીઓ અને અન્ય જરૂરિયાતો દ્વારા સમીક્ષા કરવાને આધિન છે.

દર્દીની સહી: _____ તારીખ: _____

અરજદાર અથવા પ્રતિનિધિની સહી: _____ સંબંધ: _____ તારીખ: _____
(જો દર્દી નથી)

પૂર્ણ કરેલ અરજી અને દસ્તાવેજીકરણ અહીં મેલ કરો:
બોન સિક્યોર્સ મર્સી હેલ્થ ફાઇનાન્સિયલ એઇડ (Bon Secours Mercy Health Financial Aid), P.O. Box 631360
Cincinnati, OH 45263-1360

છેલ્લું પુનરાવર્તન:

03/2024