

આર્થિક માહિતીપત્રક / આર્થિક સહાયતા અરજી

આ પત્રક પૂરું કરવામાં સહાયતા માટે અથવા તમને કોઈ પ્રશ્નો હોય તો કૃપા કરીને 281.312.4012 અથવા 281.312.4000 પર કોલ કરો -- 5 દબાવો

દર્દીનું નામ:	ફોન નંબર:
દર્દીના શેરીનું સરનામું:	શહેર, રાજ્ય, ઝિપ કોડ:
ખાતા નંબર(રો):	સેવાની તારીખ(ખો):

સૂચનાઓ: બધા પ્રશ્નોના જવાબો આપવા જરૂરી છે. જો પ્રશ્ન લાગુ પડતો ન હોય તો લાઇન પર N/A લખો.

તસ્વીર સાથેની ઓળખના એક પુરાવાની નકલ જોડો (ઉદાહરણ: રાજ્ય તરફથી જારી કરાયેલ ડ્રાઇવર લાયસન્સ અથવા તસ્વીર સાથેનો પાસપોર્ટ, વગેરે) *
 સૌથી છેલ્લા આવકવેરા રિટર્નની એક નકલ જોડો અથવા * જો ફોટો આઇડી ઉપલબ્ધ ન હોય તો ઓળખ દર્શાવતા અન્ય દસ્તાવેજોનો ઉપયોગ થઈ શકે છે. સહાયતા માટે ઉપરના ફોન નંબર પર સંપર્ક કરો.
 આવકના નીચે પૈકીના કોઈ એક પુરાવાની નકલ જોડો:

<input type="checkbox"/> છેલ્લા 2 પગારની રસીદો	<input type="checkbox"/> સોશિયલ સિક્યોરિટી ચેક અથવા એવોર્ડ પત્ર
<input type="checkbox"/> બેરોજગારીના લાભની પુષ્ટિની રસીદ	<input type="checkbox"/> નિયોજક તરફથી એક પત્ર, જેમાં કર્મચારીના નામ, વ્યવસાય, કુલાક દીઠ વેતન, કેટલા કલાક કામ કર્યું છે તેની વિગતો હોય

*** સહાયક દસ્તાવેજો વિના આને સંપૂર્ણ અરજી માનવામાં આવશે નહીં. ***

દરજો: ટેક્સાસના કાયમી રહીશ કાનૂની રહીશ ઇમિગ્રન્ટ વિઝા નોન-ઇમિગ્રન્ટ વિઝા

વૈવાહિક સ્થિતિ (એક પર નિશાન કરો): પરિણીત અપરિણીત છૂટાછેડા લીધેલ
 વિધુર/વિધવા અન્ય _____

ઘરમાં 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરનાં બાળકો અને અન્ય આશ્રિતો (જો જરૂર જણાય તો બીજા પાના પર ચાલુ રાખો)

પૂરું નામ	જન્મતારીખ	આશ્રિતોનો સંબંધ (એક પર નિશાન કરો)				
		બાળક	સાવકું બાળક	વાલી	પુખ્ત વ્યક્તિ/વરિષ્ઠ નાગરિક	સંબંધ નથી

રોજગારનો સાર		રોજગારની સ્થિતિ (એક પર નિશાન કરો)	
દર્દી	જીવનસાથી	રોજગારની સ્થિતિ (એક પર નિશાન કરો)	રોજગારની સ્થિતિ (એક પર નિશાન કરો)
નિયોજક	નિયોજક	<input type="checkbox"/> ફુલટાઇમ <input type="checkbox"/> પાર્ટટાઇમ <input type="checkbox"/> બેરોજગાર	<input type="checkbox"/> ફુલટાઇમ <input type="checkbox"/> પાર્ટટાઇમ <input type="checkbox"/> બેરોજગાર
વ્યવસાય	વ્યવસાય	<input type="checkbox"/> ગૃહિણી <input type="checkbox"/> કામ પર પરત ફરવા અક્ષમ	<input type="checkbox"/> ગૃહિણી <input type="checkbox"/> કામ પર પરત ફરવા અક્ષમ
માસિક ઘરેલું આવક		માસિક ધરખર્ચ (FAA માટે લાગુ પડતું નથી)	
દર્દી	\$ _____ /માસ	હાઉસિંગ:	_____ પોતાનું/લોન _____ ભાડું
જીવનસાથી	\$ _____ /માસ	ઘરની ચૂકવણી	\$ _____ /માસ
ભથ્થું	\$ _____ /માસ	યુટિલિટીઝ (વીજળી, પાણી)	\$ _____ /માસ
બેરોજગારી	\$ _____ /માસ	કાર # 1	\$ _____ /માસ
બાળ સહાયતા	\$ _____ /માસ	કાર # 2	\$ _____ /માસ
ઉત્તરજીવી લાભ	\$ _____ /માસ	પેટ્રોલ	\$ _____ /માસ
કામદાર વળતર	\$ _____ /માસ	વીમો	\$ _____ /માસ
ટ્રસ્ટ ફંડ	\$ _____ /માસ	ટીવી/ કેબલ/ ફોન	\$ _____ /માસ
અન્ય	\$ _____ /માસ	ખોરાક	\$ _____ /માસ
કુલ આવક	\$ _____ /માસ	કુલ ખર્ચાઓ	\$ _____ /માસ

બેન્ક ખાતાં/અન્ય સંપત્તિઓ (તમામ 3 પ્રશ્નોના જવાબો આપવા જોઈએ): (FAA માટે લાગુ પડતું નથી)

ચાલુ ખાતું? (એક પર વર્તુળ કરો)	હા	ના	હાલનું બેલેન્સ	\$ _____
બચત ખાતું? (એક પર વર્તુળ કરો)	હા	ના	હાલનું બેલેન્સ	\$ _____
વધારાની સંપત્તિ? (એક પર વર્તુળ કરો)	હા	ના	હાલનું મૂલ્ય	\$ _____

જો હા તો કૃપા કરીને વર્ણવો: _____

દર્દીનું નામ:

- * ખોટી જુબાની આપવા માટે થતાં દંડ હેઠળ હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં આપેલા જવાબો મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી પ્રમાણે સાચા અને ખરા છે.
- * મેં પૂરી પાડેલી માહિતી ઘરેલુ આવક અને ખર્ચાઓ દર્શાવે છે.
- * આ માહિતી તેમજ ક્રેડિટ રિપોર્ટ અને અન્ય સાર્વજનિક રીતે ઉપલબ્ધ માહિતીનો ઉપયોગ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood દ્વારા ચૂકવણીના આયોજનની વ્યવસ્થા કરવા અને/અથવા આર્થિક સહાયતા માટે અરજીની શરૂઆત કરવા માટે અને/અથવા વિવિધ કાર્યક્રમો, કવરેજ અથવા સહાયતા માટેની યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે થઈ શકે છે.
- * મેં આપેલાં નિવેદનોની ખરાઈ કરવા માટે કોઈ પણ સ્ત્રોતમાંથી માહિતી મેળવવા માટે હું Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ને મારી સંમતિ આપું છું.
- * જો પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી આર્થિક સહાયતા માટે તમારી યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે અધૂરી અથવા અપૂરતી હોય અથવા તમે યોગ્યતા મમટેની લાયકાતો પૂરી કરતાં ન હો તો તમને Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood તરફથી આ અંગે પત્ર મળશે. તમે આર્થિક સહાયતા માટે લાયક છો કે નહિ તે અંગે પણ તમને લેખિતમાં જાણ કરવામાં આવશે.
- * આર્થિક સહાયતા માટે અરજી કરતાં દર્દીઓ સ્થાનિક, રાજ્ય અથવા સંઘીય કાર્યક્રમો તરફથી ફંડ મેળવવા માટે લાયક હોઈ શકો છો. આર્થિક સહાયતા માટે યોગ્યતાનો નિર્ણય લેવામાં આવે તે પહેલાં દર્દીઓ આવા કાર્યક્રમો માટે અરજી કરે એ અપેક્ષિત છે. Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood આવા કાર્યક્રમો માટે અરજી કરવામાં લોકોને સહાયતા પૂરી પાડશે. આવા કાર્યક્રમો માટે અરજી કરવામાં નિષ્ફળ જવાથી દર્દીની આર્થિક સહાયતા અરજી અંગે થતી વિચારણા પર પ્રતિફળ અસર પડી શકે છે.
- * હું એ હકીકતને પ્રમાણિત કરું છું કે મેં Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance અને અન્ય કોઈ પણ સ્થાનિક, રાજ્ય અથવા સંઘીય કવરેજ સહિતના તમામ સંભવિત વીમા કવરેજ માટે અરજી કરી છે.
- * હું સમજું છું કે જો હું આર્થિક સહાયતા માટે લાયક સાબિત ન થઉં તો હું સંભાળના ખર્ચ માટે જવાબદાર હોઈશ.

દર્દી/જામીનની સહી

તારીખ

આ અરજી પૂરી કર્યા બાદ અરજી સાથે તમામ સહાયક દસ્તાવેજો આ સરનામે મોકલો:

Patient Business Office
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
Attention: Financial Assistance

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date