

પ્રિય અરજદાર:

જો તમારા હેલ્થકેર પ્રવચનની ચૂકવણી તમારા માટે આર્થિક મુશ્કેલી ઊભી કરી શકે તેમ હોય, તો ફૂપા કરીને આ અરજી ભરો.

આ અરજી અમને કોઈપણ ડાટ્ટમાઉથ હેલ્થ સ્કોન પર પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ માટે તે પ્રવચન ઘટાડવાની અમારી ક્ષમતા નક્કી કરવામાં મદદ કરશે. ફૂપા કરીને તમને અથવા તમારા પરરવારને વાગુ પડતા તમામ રિશ્નોના જવાબ આપો. તમે રિદાન કરો છો તે કોઈપણ માહત્તી ગોપનીય છે અને ફક્ત તમારી અરજી પર રિરરિયા કરતા સ્ટાફ દ્વારા જ તેની સમીક્ષા કરવામાં આવે છે.

જો તમારી પાસે વીમો હોય તો તમે NH હેલ્થ એક્સેસ નેટવર્કના અન્ય સહભાગી રિદાતાઓ સાથે નાણાકીય સહાય માટે પણ પાત્ર બની શકો છો. NH હેલ્થ એક્સેસ નેટવર્ક એ હોસ્પિટલો અને અન્ય આરોગ્ય સંભાળ રિદાતાઓનું નેટવર્ક છે જે ન્યૂ હેમ્પશાયર રાજ્યના ઓછી રકમનો વીમો ઉતરાવેલા બાળકો અને પુખ્ત રહેવાસીઓ માટે આરોગ્યસંભાળની એક્સેસને સુધારવા માટે કામ કરે છે.

કોઈપણ નાણાકીય સહાયતા આપતા પહેલા, તમે વીમા, જાહેર સહાય, મુકદ્દમા અથવા ત્રાહતય પક્ષની જવાબદારી સહત્તની ચૂકવણીના અન્ય તમામ સ્તોતો પહેલ્થી જ સમાપ્ત કરી દીધા હોવા જોઈએ. તમે બધી માહત્તી શામેલ કરી છે તેની ખાતરી કરવા માટે ફૂપા કરીને નીચેની રેકોર્ડ્સનો ઉપયોગ કરો.

	જરૂરી	N/A
1. તમારા સૌથી તાજેતરના ફેડરલ ઇન્કમ ટેક્સ રરટન્ય અને તમામ શેડૂલની સંપૂર્ણ નકલ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. તમામ તાજેતરના W-2 ફોર્મની નકલો	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ત્રણ (3) સૌથી તાજેતરના પેરેક સ્ટબની નકલો અથવા નોકરીદાતા(ઓ) તરફથી હનવેદન	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ત્રણ (3) સૌથી તાજેતરના બેંક સ્ટેટમેન્ટની નકલો (દા.ત., બર્ત, રેકકગ, મની માકકેટ ફંડ્સ, IRA, 401K, વગેરે)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. બેરોજગારી, ધ્વકલાંગતા વળતર વાભોના સ્ટેટમેન્ટની નકલો	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. સોશશાયલ શસકોરરટી અને/અથવા પેન્શનના વાભોની નકલો	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ફૂડ સ્ટેમ્પ ફાળવણીની નકલ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. રડપ્ડન્ડ સ્તોતો, ટ્રસ્ટ ફંડ્સ અને રિપટટી ટેક્સ સ્ટેટમેન્ટ્સની નકલો	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. સરકારી સહાય નોરટસોની નકલો;		
- રડપાટ્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હુમન સર્વશાસસની નોટીસો (બધા પેજ્સ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- મેરડકેડ સ્પેન્ડ ડાઉન લેટસ, મેરડકેડ તરફથી અપવીકારની નોરટસની નકલો	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- રિપ્પયમ સહાય યોજના(ઓ) અને માકકેટલ્વેસ વીમા(ઓ) તરફથી નોટીસો	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

જ્યાં સુધી તમારી સંપૂર્ણ અરજી રિામ ન થાય ત્યાં સુધી, તમે રિામ કરેલી કોઈપણ સેવાઓ માટે તમે નાણાકીય રીતે જવાબદાર રહેશો. જો તમે તમારી અરજી પરત ક્યાય પછી 30 રદવસની અંદર તમને અમારા તરફથી રિસસાદ ન મળો હોય, અથવા તમને અરજી પૂર્ણ કરવામાં મદદની જરૂર હોય, તો ફૂપા કરીને અમારા દદટીના વકીલોમાંથી એકને (844) 647-6436 પર કોલ કરો. ઓફિસનો સમય સવારે 9 થી સાંજના 4:30 વાગ્યા સુધી, સોમવાર - શુક્રવાર.

પૂર્ણ કરેલ અરજીઓ નીચે આપેલા સરનામાંઓમાંથી એક પર પાછી આપવી જોઈએ:

ડાર્ટમાઉથ-હિયકોક મેડિકલ સેન્ટર વન મેડિકલ સેન્ટર ડાઈવ PFS: Level 3 FAA Lebanon, NH 03756 િેક્સ: (603) 640-1913	ન્યૂ લંડન હોસ્પિટલ પીઓ બોક્સ 2150 પ્રતિ: િાયનાન્સસયલ કાઉસસેવર New London, NH 03257 િેક્સ: (603) 643-7364	ચેશાયર મેડિકલ સેન્ટર 580 Court Street PFS: FAA Keene, NH 03431 િેક્સ: (603) 643-7363	વમોન્ટ અને ન્યૂયુ હેમ્પશાયર (VNH) મટે વવવિટીંગ નસણ અને હોપપાઇસ 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 િેક્સ: (603) 640-1913	એવલસ પેક િે મેમોડરયલ હોસ્પિટલ 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 િેક્સ: (603) 640-1913
--	--	--	--	--

તમે નીચેના સ્કોનો પર આ અરજી પૂર્ણ કરવા માટે વ્યક્તગત રીતે મદદ મેળવી શકો છો:

ડાર્ટમાઉથ-હિયકોક મેડિકલ સેન્ટર વન મેડિકલ સેન્ટર ડાઈવ Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222	ડાર્ટમાઉથ-હિયકોક સ્કલનકસ માન્ચેસ્ટર 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	ચેશાયર મેડિકલ સેન્ટર 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430	ન્યૂ લંડન હોસ્પિટલ 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082
ડાર્ટમાઉથ-હિયકોક સ્કલનકસ કોનકોર્ડ 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	ડાર્ટમાઉથ-હિયકોક સ્કલનકસ નાશ્યુઆ 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	એવલસ પેક િે મેમોડરયલ હોસ્પિટલ 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	

નાણાંકીય સાયતા અરજી

1. દદદીની માહિતી

અંતિમ નામ	પ્રથમ નામ	ટ્રૂક મધ્ય નામ	સોશિયલ શસક્રુફર્ટી #	જસમ
િંારીખ સ્ટીટનુ સરનામું	િંહેર	રાજ્ય	તિપ કોિ	સરનામાં પર
સમયનો તવસિંર				

ટપાવ સરનામું	િંહેર	રાજ્ય	તિપ કોિ
ઘરનો િંોન નંબર કાયાયાલયનો િંોન નંબર	<input type="checkbox"/> અપફરણિણિ <input type="checkbox"/> અલગ રહેિંા <input type="checkbox"/> યુએસ નાગફરક	<input type="checkbox"/> પફરણિણિ <input type="checkbox"/> ઘૂટાછેિંા <input type="checkbox"/> લીધેલા NH નનવાસી	<input type="checkbox"/> શસતવલ યુનનયન <input type="checkbox"/> તવધવા

2. બિલની યુકવણી માર્ે જવાિંદાર વ્યક્રત

અંતિમ નામ	પ્રથમ નામ	ટ્રૂક મધ્ય નામ	સોશિયલ શસક્રુફર્ટી #	જસમ
િંારીખ				
જો દદદીથી અલગ હોય િંો સરનામું		ઘરનો િંોન નંબર		કાયાયાલયનો િંોન નંબર

વીમા કંપનીનું નામ	લાગુ થવાની િંારીખ
-------------------	-------------------

3. ક્રપા કરીને અરજદાર સહિત પરરવારમાં રિતા દરેકને દર્રાશાવો:	જો જરૂરી હોય િંો કાગળની વધારાની િંોટસનો ઉપયોગ કરો
નામ	જસમ િંારીખ
દદદી સાથેનો સંબંધ	સોશિયલ શસક્રુફર્ટી #
અરજી કરો છો હા/ના	
1 એકલા	
2	
3	
4	
5	
6	

4. શું આ અરજી ભહવધની અથવા ભૂતકાળની સેવાઓ માર્ે છે?

ભતવધની ભૂિકાળની સેવાઓની િંારીખ(િંારીખો): _____

5. જો તમારા પરરવારમાં કોઈની પાસે વીમો િંોય તો ક્રપા કરીને ભરો:

આરોગ્ય વીમો (યોજના/નામ), _____ આરોગ્ય બધિ ખાતું (વતુયાળ) હા ના કોણ: _____

પોતવસી #/ID# _____ કપાિપાત્ર રકમ: _____

મેફિકર પાટ્ટ A __ મેફિકર પાટ્ટ B __ મેફિકર પાટ્ટ B __ યુકવણી કરવા મટે સહાય મેળવે છે, કોણ: _____

6. શું તમારા પરરવારમાં કોઈએ મેરડકેડ માર્ે અરજી કરી છે? હા ના કોણ: _____

જો હા અને નકારવામાં આવી હોય િંો ક્રપા કરીને મેફિકેિ નામંજૂરીની નોફટસની નકલ પ્રદાન કરો.

7. શું તમે િંીજી સુહવધામાં નાણાકીય સાય માર્ે અરજી કરી છે? હા ના જો હા, િંો ક્રાં: _____

8. શું તમારા પરરવારમાં કોઈ ગભશાવતી છે? હા ના

9. શું તમારા પરિવારમાં કોઈએ લશ્કરમાં સેવા આપી છે? હા ના કોણે: _____
10. શું તમે તાજેતરમાં કામદારોના વળતર અથવા મોર્ટ વાલિન અકસ્માતનો દાવો દાખલ કયયો છે? હા ના કોણે: _____
11. શું તમારા પરિવારમાં કોઈ સોશયલ સિક્યુરિટીના લાભો માર્ગે પાત્ર છે? હા ના કોણે: _____
12. શું અન્ય કોઈ તેમના ઈન્કમ રેત્સ રર્નશામાં તમારો દાવો કરે છે? હા ના કોણે: _____

13. પારરવારક સંપત્તિની માહિતી

	વ્યક્ત 1	વ્યક્ત 2	વ્યક્ત 3
ઘરના દરેક સભ્યનું નામ:	_____	_____	_____
એમ્લવોયરનું નામ:	_____	_____	_____
આ સ્તોતમાંથી કુલ માશસક આવક:			
રોજગાર:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
સ્વ રોજગાર:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
રોકાણ ખાિઓ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
ફરયવ એસ્ટેટના ભાિ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
બેરોજગારી:	MM / DD / YYYY થી	MM / DD / YYYY થી	MM / DD / YYYY થી
નનવૃશતિ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(સોશિ. શસકુરીટી, પેસિન, વાર્ષકી)			
ભરણપોષણ/બાળક સહાય:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
જાહેર સહાય, ફૂિ સ્ટેમ્લસ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
અસય આવક:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
િયત અને રોકાણ:			
એકાઉન્ટ બેવેસસની િપાસ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
બયિ અને સીિ એકાઉન્ટ બેવેસસ:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(IRAs, 403B, 401K):			
સષ્ટ કરો:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
અસય બયિ અને રોકાણો:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
સષ્ટ કરો:	_____	_____	_____

14. ઘરના ખયશ

માશસક ભાિની યુકવણી: \$ _____

યુકવણી: \$ _____ મોટુગેજ લોન બેવેસસ \$ _____ પ્રોપ્ટદી ટેક્સની રકમ જે ઉપરની યુકવણીની રકમમાં િમેલ નથી: \$ _____ ધરની કકમિ: \$ _____

શું િમારી પાસે પ્રાથતમક રહેઠાણ શસવાયની તમલકિ છે? હા ના

જો હા, િો મૂલ્ય \$ _____ મોગેજ બેવેસસ: \$ _____

જો અસય તમલકિ વ્યવસાય છે, િો સરનામું સૂતયબદ્ધ કરો: _____ માશસક લોનની યુકવણી: \$ _____

અહીં યુકવણી કરી: _____ માટે: _____

મેફિકેર પાટ્ટ િો સોશિયલ શસકુરીટી ચેકમાંથી કપાિ: હા ના રકમ: \$ _____

ઉપયોતગિઓ \$ _____ વીમો (ઓટો/લાઇ/પ્રોપ્ટદી) \$ _____ અસય: \$ _____

ભરણપોષણ/બાળક સહાય \$ _____ હેલ્થ ઈસસ્યોર્સિસ પ્રીતમયમ \$ _____ અસય: \$ _____

યાઇલ્કિ કેર \$ _____ હેલ્થકેર શબલ \$ _____ અસય: \$ _____

ઘરેલુ વપરાિ (ગેસ, ખોરાક, કપિા) \$ _____ ઘવાઓ \$ _____ અસય: \$ _____

નીચે સહી કરીને હું મારા કેફિટ ફરપોટ્ટ અને/અથવા ટેક્સ ઈટનયા માટેની તવનિને અતધકિ કરું છું. હું સમજું છું કે આ અરજી પર પ્રફકયા કરવા માટે ટેક્સ ઈટનયા જરૂરી છે અને મારી પાત્રિા નફી કરવામાં આવે િે પહેલાં વધુ માનહિ માંગવામાં આવી િકે છે. મેં કોઈપણ આવક અથવા અસ્કયામિો સંપૂણયા રીિે જાહેર કરી ન હોય, અથવા ખોટી રીિે રજૂ કરી હોય િે સંજોગોમાં, િમને ચેફ્ટેબલ કેર ફિસ્કાઉન્ટ પ્રદાન કરવા માટે કરેલો કોઈપણ કરાર રદબાલિવ અને વ્યથયા રહેિે અને જે િારીખે બીલ ભરવાના હિા િે િારીખે પાછલી કાયયાવાહી કરવામાં આવે. હું વસુલાિ પ્રફકયા દરતમયાન કોઈપણ/િમામ કાનૂની િો માટે જવાબદાર ઠરી િકું છું.

નીચે હસિાક્ષર કરનાર િમામ પુખ્િ ઘરના સભ્યો કોઈપણ િબીબી, નાણાકીય અથવા રોજગાર માનહિ કે જે િેમની આરોગ્ય સંભાળ અથવા િેમની નાણાકીય સહાયિાની પાત્રિા સાથે સીધી રીિે સંબંતધિ હોય િેના પ્રકાિનને અતધકિ કરે છે. આ માનહિ કોઈપણ આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાિને જાહેર કરવામાં આવી િકે છે જેની પાસેથી ઘરના સભ્યોએ આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ અથવા નાણાકીય સહાયની માંગ કરી હોય. પૂરી પાિવામાં આવેલ િમામ માનહિ HIPAA િેરિવ નનયમોની જોગવાઈઓ હેઠળ ગોપનીય રહેિે. સહાય માટે વૈકલ્પક પ્રફકયાઓ ધ્યાનમાં લેવામાં આવે નહીં.

હું સમિ છું કે જો મને આ અરજી દ્ારા આવરી લેવામાં આવી િબીબી સેવાઓ માટે કોઈપણ યુકવણી પ્રાલિ થાય છે, ઉદાહરણ િરિકે વીમા યુકવણીઓ, સરકારી પ્રોગ્રામની યુકવણીઓ, મુકદ્દમાના યુકાદા અથવા અસય કોઈપણ યુકવણીઓ િો હું સંપૂણયા નાણાકીય સહાય અવોિટ્ટ યુકવીિ.

જો મને નાણાકીય સહાય મળે છે િો હું સંસાને સૂતયિ કરવા માટે સમિ છું કે જ્યાં મેં કુટુંબના કદ, આવક અને આરોગ્ય વીમા કવરેજમાં િેરિરો સનહિ પાત્રિાને અસર કરી િકે િેવા કોઈપણ િેરિરો માટે પ્રથમ અરજી કરી હિ. હું સમજું છું કે જો મારી/અમારી િબીબી નિસ્ત બદલાય છે જેથી હું/અમે જાહેર સહાયિા કાયયાક્રમ માટે પાત્ર બની િકીએ, િો મારે િે કાયયાક્રમ માટે અરજી કરવી પિિે અને અરજીનો પુરાવો આપવો પિિે.

અરજદારની સહી _____ િારીખ _____

સહ-અરજદારની સહી _____ િારીખ _____