

પ્રિય અરજદાર:

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

આ અરજી અમને કોઈપણ ડાર્ટમાઉથ હેલ્થ સ્થાન પર પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ માટે તે ખર્ચ ઘટાડવાની અમારી ક્ષમતા નક્કી કરવામાં મદદ કરશે. કૃપા કરીને તમને અથવા તમારા પરિવારને લાગુ પડતા તમામ પ્રશ્નોના જવાબ આપો. તમે પ્રદાન કરો છો તે કોઈપણ માહિતી ગોપનીય છે અને ફક્ત તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરતા સ્ટાફ દ્વારા જ તેની સમીક્ષા કરવામાં આવે છે.

જો તમારી પાસે વીમો હોય તો તમે NH હેલ્થ એક્સેસ નેટવર્કના અન્ય સહભાગી પ્રદાતાઓ સાથે નાણાકીય સહાય માટે પણ પાત્ર બની શકો છો. NH હેલ્થ એક્સેસ નેટવર્ક એ હોસ્પિટલો અને અન્ય આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાઓનું 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 ત્રાહિતય પક્ષની જવાબદારી સહિતની ચૂકવણીના અન્ય તમામ સ્ત્રોતો પહેલેથી જ સમાપ્ત કરી દીધા હોવા જોઈએ. તમે બધી માહિતી શામેલ કરી છે તેની ખાતરી કરવા માટે કૃપા કરીને નીચેની ચેકલિસ્ટનો ઉપયોગ કરો.

	જરૂરી	N/A
1. તમારા સૌથી તાજેતરના ફેડરલ ઇન્કમ ટેક્સ રિટર્ન અને તમામ શેડ્યુલની સંપૂર્ણ નકલ	☐	☐
2. તમામ તાજેતરના W-2 ફોર્મની નકલો	☐	☐
3. ત્રણ (3) સૌથી તાજેતરના પેચેક સ્ટબની નકલો અથવા નોકરીદાતા(ઓ) તરફથી નિવેદન	☐	☐
4. ત્રણ (3) સૌથી તાજેતરના બેંક સ્ટેટમેન્ટની નકલો (દા.ત., બચત, ચેકિંગ, મની માર્કેટ ફંડ્સ, IRA, 401K, વગેરે)	☐	☐
5. બેરોજગારી, વિકલાંગતા વળતર લાભોના સ્ટેટમેન્ટની નકલો	☐	☐
6. સોશિયલ સિક્યોરિટી અને/અથવા પેન્શનના લાભોની નકલો	☐	☐
7. ફૂડ સ્ટેમ્પ ફાળવણીની નકલ	☐	☐
8. ડિવિડન્ડ સ્ત્રોતો, ટ્રસ્ટ ફંડ્સ અને પ્રોપર્ટી ટેક્સ સ્ટેટમેન્ટ્સની નકલો	☐	☐
9. સરકારી સહાય નોટિસોની નકલો;		
- ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ હેલ્થ એન્ડ હ્યુમન સર્વિસિસની નોટીસો (બધા પેજ્સ)	☐	☐
- મેડિકેડ સ્પેન્ડ ડાઉન લેટર્સ, મેડિકેડ તરફથી અસ્વીકારની નોટિસની નકલો	☐	☐
- પ્રીમિયમ સહાય યોજના(ઓ) અને માર્કેટપ્લેસ વીમા(ઓ) તરફથી નોટીસો	☐	☐

જ્યાં સુધી તમારી સંપૂર્ણ અરજી પ્રાપ્ત ન થાય ત્યાં સુધી, તમે પ્રાપ્ત કરેલી કોઈપણ સેવાઓ માટે તમે નાણાકીય રીતે જવાબદાર રહેશો. જો તમે તમારી અરજી પરત કર્યા પછી 30 દિવસની અંદર તમને અમારા તરફથી પ્રતિસાદ ન મળ્યો હોય, અથવા તમને અરજી પૂર્ણ કરવામાં મદદની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને અમારા દર્દીના 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 ડ્રાઈવ PFS: Level 3 FAA Lebanon, NH 03756 ફેક્સ: (603) 650-6142	ન્યૂ લંડન હોસ્પિટલ પીઓ બોક્સ 2150 પ્રતિ: ફાયનાન્સિયલ કાઉન્સેલર New London, NH 03257 ફેક્સ: (603) 526-5085	ચેશાયર મેડિકલ સેન્ટર 580 Court Street PFS: FAA Keene, NH 03431 ફેક્સ: (603) 354-6533	માઉન્ટ એસ્કટની હોસ્પિટલ એન્ડ હેલ્થ સેન્ટર (Ascutney Hospital and Health Center) પ્રતિ: નાણાકીય સલાહકાર 298 County Road Windsor, VT 05089	એલિસ પેક ડે મેમોરિયલ હોસ્પિટલ 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 ફેક્સ: (603) 650-6142
---	--	---	--	--

તમે નીચેના સ્થાનો પર આ અરજી પૂર્ણ કરવા માટે વ્યક્તિગત રીતે મદદ મેળવી શકો છો:

ડાર્ટમાઉથ-હિયકોક મેડિકલ સેન્ટર વન મેડિકલ સેન્ટર ડ્રાઈવ Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222	ડાર્ટમાઉથ-હિયકોક ક્લિનિક્સ 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 ક્લિનિક્સ કોન્કોર્ડ 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	ડાર્ટમાઉથ-હિયકોક ક્લિનિક્સ નાશુઆ 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	એલિસ પેક ડે મેમોરિયલ હોસ્પિટલ 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	માઉન્ટ એસ્કટની હોસ્પિટલ એન્ડ હેલ્થ સેન્ટર (Ascutney Hospital and Health Center) 298 County Road Windsor, VT 05089 (802) 674-7233

નાણાકીય સહાયતા અરજી

1. દર્દીની માહિતી

અંતિમ નામ	પ્રથમ નામ	ટ્રેક મધ્ય નામ	સોશિયલ સિક્યુરિટી #	જન્મ તારીખ
સ્ટ્રીટનું સરનામું	શહેર	રાજ્ય	ઝિપ કોડ	સરનામાં પર સમયનો વિસ્તાર
ટપાલ સરનામું	શહેર	રાજ્ય	ઝિપ કોડ	
ઘરનો ફોન નંબર	કાર્યાલયનો ફોન નંબર	☐ અપરિણિત ☐ અલગ રહેતા ☐ યુએસ નાગરિક	☐ પરિણિત ☐ છૂટાછેડા લીધેલા ☐ NH નિવાસી	☐ સિવિલ યુનિયન ☐ વિધવા

2. બિલની ચુકવણી માટે જવાબદાર વ્યક્તિ

અંતિમ નામ	પ્રથમ નામ	ટ્રેક મધ્ય નામ	સોશિયલ સિક્યુરિટી #	જન્મ તારીખ
જો દર્દીથી અલગ હોય તો સરનામું	ઘરનો ફોન નંબર	કાર્યાલયનો ફોન નંબર		
વીમા કંપનીનું નામ				લાગુ થવાની તારીખ

3. કૃપા કરીને અરજદાર સહિત પરિવારમાં રહેતા દરેકને દર્શાવો: જો જરૂરી હોય તો કાગળની વધારાની શીટ્સનો ઉપયોગ કરો

નામ	દર્દી સાથેનો સંબંધ	જન્મ તારીખ	સોશિયલ સિક્યુરિટી #	અરજી કરો છો હા/ના
1 <u>એકલા</u>				
2				
3				
4				
5				
6				

4. શું આ અરજી ભવિષ્યની અથવા ભૂતકાળની સેવાઓ માટે છે?

☐ ભવિષ્યની ☐ ભૂતકાળની સેવાઓની તારીખ(તારીખો): _____

5. જો તમારા પરિવારમાં કોઈની પાસે વીમો હોય તો કૃપા કરીને ભરો:

આરોગ્ય વીમો (યોજના/નામ), _____ આરોગ્ય બચત ખાતું (વર્તુળ) હા ના કોણ: _____

પોલિસી #/ID# _____ કપાતપાત રકમ: _____

મેડિકેર પાર્ટ A _____, મેડિકેર પાર્ટ B _____, મેડિકેર પાર્ટ B _____ ચુકવણી કરવા માટે સહાય મેળવે છે, કોણ: _____

6. શું તમારા પરિવારમાં કોઈએ મેડિકેડ માટે અરજી કરી છે?

☐ હા ☐ ના કોણ: _____

જો હા અને નકારવામાં આવી હોય તો કૃપા કરીને મેડિકેડ નામંજૂરીની નોટિસની નકલ પ્રદાન કરો.

7. શું તમે બીજી સુવિધામાં નાણાકીય સહાય માટે અરજી કરી છે?

☐ હા ☐ ના જો હા, તો ક્યાં: _____

8. શું તમારા પરિવારમાં કોઈ ગર્ભવતી છે?

☐ હા ☐ ના

9. શું તમારા પરિવારમાં કોઈએ લશ્કરમાં સેવા આપી છે?

☐ હા ☐ ના ☐ કોણ: _____

10. શું તમે તાજેતરમાં કામદારોના વળતર અથવા મોટર વાહન અકસ્માતનો દાવો દાખલ કર્યો છે?

☐ હા ☐ ના તારીખ: _____

11. શું તમારા પરિવારમાં કોઈ સોશિયલ સિક્યુરિટીના લાભો માટે પાત્ર છે?

☐ હા ☐ ના કોણ: _____

12. શું અન્ય કોઈ તેમના ઈન્કમ ટેક્સ રિટર્નમાં તમારો દાવો કરે છે?

☐ હા ☐ ના કોણ: _____

13. પારિવારિક સંપત્તિની માહિતી

	વ્યક્તિ 1	વ્યક્તિ 2	વ્યક્તિ 3
ઘરના દરેક સભ્યનું નામ:			
એમ્પ્લોયરનું નામ:			
આ સ્ત્રોતમાંથી કુલ માસિક આવક:			
રોજગાર:	\$	\$	\$
સ્વ રોજગાર:	\$	\$	\$
રોકાણ ખાતાઓ:	\$	\$	\$
રિયલ એસ્ટેટના ભાડા:	\$	\$	\$
બેરોજગારી:	MM / DD / YYYY થી	MM / DD / YYYY થી	MM / DD / YYYY થી
નિવૃત્તિ: (સોશિ. સિક્યુરીટી, પેન્શન, વાર્ષિકી)	\$	\$	\$
ભરણપોષણ/બાળક સહાય:	\$	\$	\$
જાહેર સહાય, કૂડ સ્ટેમ્સ:	\$	\$	\$
અન્ય આવક:	\$	\$	\$
બચત અને રોકાણ:			
એકાઉન્ટ બેલેન્સની તપાસ:	\$	\$	\$
બચત અને સીડી એકાઉન્ટ બેલેન્સ: (IRAs, 403B, 401K):	\$	\$	\$
સ્પષ્ટ કરો:	\$	\$	\$
અન્ય બચત અને રોકાણો:	\$	\$	\$
સ્પષ્ટ કરો:			

14. ઘરના ખર્ચ

માસિક ભાડાની ચુકવણી: \$ મોર્ટગેજ ચુકવણી: \$ મોર્ટગેજ લોન બેલેન્સ \$

પ્રોપર્ટી ટેક્સની રકમ જે ઉપરની ચુકવણીની રકમમાં શામેલ નથી: \$ ઘરની કિંમત: \$

શું તમારી પાસે પ્રાથમિક રહેઠાણ સિવાયની મિલકત છે? ☐ હા ☐ ના

જો હા, તો મૂલ્ય \$ મોર્ગેજ બેલેન્સ: \$

જો અન્ય મિલકત વ્યવસાય છે, તો સરનામું સૂચિબદ્ધ કરો: માસિક લોનની ચુકવણી: \$

અહીં ચૂકવણી કરી: માટે:

મેડિકેર પાર્ટ ડી સોશિયલ સિક્યુરીટી ચેકમાંથી કપાત: ☐ હા ☐ ના રકમ: \$

ઉપયોગિતાઓ \$ વીમો (ઓટો/લાઇફ/પ્રોપર્ટી) \$ અન્ય: \$

ભરણપોષણ/બાળક સહાય \$ હેલ્થ ઈન્સ્યોરન્સ પ્રીમિયમ \$ અન્ય: \$

ચાઇલ્ડ કેર \$ હેલ્થકેર બિલ \$ અન્ય: \$

ઘરેલુ વપરાશ (ગેસ, ખોરાક, કપડાં) \$ દવાઓ \$ અન્ય: \$

નીચે સહી કરીને હું મારા ક્રેડિટ રિપોર્ટ અને/અથવા ટેક્સ રિટર્ન માટેની વિનંતીને અધિકૃત કરું છું. હું સમજું છું કે આ અરજી પર પ્રક્રિયા કરવા માટે ટેક્સ રિટર્ન જરૂરી છે અને મારી પાત્રતા નક્કી કરવામાં આવે તે પહેલાં વધુ માહિતી માંગવામાં આવી શકે છે. મેં કોઈપણ આવક અથવા અસ્કયામતો સંપૂર્ણ રીતે જાહેર કરી ન હોય, અથવા ખોટી રીતે રજૂ કરી હોય તે સંજોગોમાં, તમને ચેરિટેબલ કેર ડિસ્કાઉન્ટ પ્રદાન કરવા માટે કરેલો કોઈપણ કરાર રદબાતલ અને વ્યર્થ રહેશે અને જે તારીખે બીલ ભરવાના હતા તે તારીખે પાછલી કાર્યવાહી કરવામાં આવશે. હું વસૂલાત પ્રક્રિયા દરમિયાન કોઈપણ/તમામ કાનૂની ફી માટે જવાબદાર ઠરી શકું છું.

નીચે હસ્તાક્ષર કરનાર તમામ પુખ્ત ઘરના સભ્યો કોઈપણ તબીબી, નાણાકીય અથવા રોજગાર માહિતી કે જે તેમની આરોગ્ય સંભાળ અથવા તેમની નાણાકીય સહાયતાની પાત્રતા સાથે સીધી રીતે સંબંધિત હોય તેના પ્રકાશનને અધિકૃત કરે છે. આ માહિતી કોઈપણ આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતાને જાહેર કરવામાં આવી શકે છે જેની પાસેથી ઘરના સભ્યોએ આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ અથવા નાણાકીય સહાયની માંગ કરી હોય. પૂરી પાડવામાં આવેલ તમામ માહિતી HIPAA ફેડરલ નિયમોની જોગવાઈઓ હેઠળ ગોપનીય રહેશે. સહાય માટે વૈકલ્પિક પ્રક્રિયાઓ ધ્યાનમાં લેવામાં આવશે નહીં.

હું સંમત છું કે જો મને આ અરજી દ્વારા આવરી લેવામાં આવતી તબીબી સેવાઓ માટે કોઈપણ ચુકવણી પ્રાપ્ત થાય છે, ઉદાહરણ તરીકે વીમા ચૂકવણીઓ, સરકારી પ્રોગ્રામની ચૂકવણીઓ, મુકદ્દમાના ચુકાદા અથવા અન્ય કોઈપણ ચુકવણીઓ, તો હું સંપૂર્ણ નાણાકીય સહાય અવોર્ડ ચૂકવીશ.

જો મને નાણાકીય સહાય મળે છે, તો હું સંસ્થાને સૂચિત કરવા માટે સંમત છું કે જ્યાં મેં કુટુંબના કદ, આવક અને આરોગ્ય વીમા કવરેજમાં ફેરફારો સહિત પાત્રતાને અસર કરી શકે તેવા કોઈપણ ફેરફારો માટે પ્રથમ અરજી કરી હતી. હું સમજું છું કે જો મારી/અમારી તબીબી સ્થિતિ બદલાય છે જેથી હું/અમે જાહેર સહાયતા કાર્યક્રમ માટે પાત્ર બની શકીએ, તો મારે તે કાર્યક્રમ માટે અરજી કરવી પડશે અને અરજીનો પુરાવો આપવો પડશે.

અરજદારની સહી _____ તારીખ _____

સહ-અરજદારની સહી _____ તારીખ _____