

આર્થિક માહિતીપત્રક / આર્થિક સહાયતા અરજી

આ પત્રક પૂરું કરવામાં સહાયતા માટે અથવા જો તમને પ્રશ્નો હોય તો કૃપા કરીને 281-243-1073 પર કોલ કરો

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 કોલે આઇડી ઉપલબ્ધ ન હોય તો ઓળખ દર્શાવતા અન્ય દસ્તાવેજોનો ઉપયોગ થઈ શકે છે.
 આવકના નીચે પૈકીના કોઈ એક પુરાવાની નકલ જોડો: સહાયતા માટે ઉપરના ફોન નંબર પર સંપર્ક કરો.

<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, કલાક દીઠ વેતન, કેટલા કલાક કામ કર્યું છે તેની વિગતો હોય

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

દરજો:	<input type="checkbox"/> ટેક્સાસના કાયમી રહીશ	<input type="checkbox"/> કાનૂની રહીશ	<input type="checkbox"/> ઇમિગ્રન્ટ વિઝા	<input type="checkbox"/> નોન-ઇમિગ્રન્ટ વિઝા
વૈવાહિક સ્થિતિ (એક પર નિશાન કરો):	<input type="checkbox"/> પરિણીત	<input type="checkbox"/> અપરિણીત	<input type="checkbox"/> છૂટાછેડા લીધેલ	
	<input type="checkbox"/> વિધુર/વિધવા	<input type="checkbox"/> અન્ય _____		

ધરમાં 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

રોજગારનો સાર	જીવનસાથી
દર્દી	જીવનસાથી
નિયોજક	નિયોજક
વ્યવસાય	વ્યવસાય
રોજગારની સ્થિતિ (એક પર નિશાન કરો)	રોજગારની સ્થિતિ (એક પર નિશાન કરો)
<input type="checkbox"/> ફુલટાઇમ <input type="checkbox"/> પાર્ટટાઇમ <input type="checkbox"/> બેરોજગાર <input type="checkbox"/> ગૃહિણી <input type="checkbox"/> કામ પર પરત ફરવા અક્ષમ	<input type="checkbox"/> ફુલટાઇમ <input type="checkbox"/> પાર્ટટાઇમ <input type="checkbox"/> બેરોજગાર <input type="checkbox"/> ગૃહિણી <input type="checkbox"/> કામ પર પરત ફરવા અક્ષમ

માસિક ઘરેલુ આવક		માસિક ધરખર્ચ (FAA માટે લાગુ પડતું નથી)	
દર્દી	\$ _____ /માસ	હાઉસિંગ:	પોતાનું/લોન _____ ભાડું _____
જીવનસાથી	\$ _____ /માસ	ધરની 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 First Colony 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 First Colony 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 First Colony 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 First Colony આવા કાર્યક્રમો માટે અરજી કરવામાં લોકોને સહાયતા પૂરી પાડશે. આવા કાર્યક્રમો માટે અરજી કરવામાં નિષ્ફળ જવાથી દર્દીની આર્થિક સહાયતા અરજી અંગે થતી વિચારણા પર પ્રતિકૂળ 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
16906 Southwest Freeway
Sugar Land, Texas 77479
Attention: Financial Assistance

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

જુઓ પાછળની બાજુ

MEMORIAL
HERMANN

જુઓ પાછળની બાજુ