

આર્થિક માહિતીપત્રક / આર્થિક સહાયતા અરજી

આ પત્રક પૂરું કરવામાં સહાયતા માટે અથવા તમને કોઈ પ્રશ્નો હોય તો કૃપા કરીને 713.338.5502 અથવા 800.526.2121 પર કોલ કરો -- 5 દબાવો

દર્દીનું નામ:	ફોન:
દર્દીનું 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 આવકના નીચે * જો કોટો આઇડી ઉપલબ્ધ ન હોય તો ઓળખ દર્શાવતા અન્ય દસ્તાવેજોનો ઉપયોગ થઈ શકે છે. સહાયતા માટે ઉપરના ફોન નંબર પર સંપર્ક કરો.

પૈકીના એક પુરાવાની નકલ જોડો:
 છેલ્લા 2 પેચેકની રસીદો સોશિયલ સિક્યોરિટી ચેક અથવા એવોર્ડ લેટર
 બેરોજગારીના લાભની પુષ્ટિ કરતી સ્લિપ નિયોજક તરફથી પત્ર જેમાં કર્મચારીનું નામ, વ્યવસાય, કલાક પ્રમાણે વેતન, જેટલા કલાક કામ કર્યું હોય તે જણાવવામાં આવેલ હોય

*** સહાયક દસ્તાવેજો વિના આને સંપૂર્ણ અરજી માનવામાં આવતી નથી. ***

દરજ્જો:	<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"/> વિધવા/વિધુર	<input type="checkbox"/> 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	
દર્દી	જીવનસાથી
નોકરીદાતા	નોકરીદાતા
વ્યવસાય	વ્યવસાય
રોજગારની સ્થિતિ (એક પર નિશાન કરો)	રોજગારની સ્થિતિ (એક પર નિશાન કરો)
<input type="checkbox"/> ફુલ-ટાઇમ <input type="checkbox"/> પાર્ટ-ટાઇમ <input type="checkbox"/> બેરોજગાર	<input type="checkbox"/> ફુલ-ટાઇમ <input type="checkbox"/> પાર્ટ-ટાઇમ <input type="checkbox"/> બેરોજગાર
<input type="checkbox"/> ગૃહિણી <input type="checkbox"/> કામ પર પાછા ફરી શકે એમ નથી	<input type="checkbox"/> ગૃહિણી <input type="checkbox"/> કામ પર પાછા ફરી શકે એમ નથી

માસિક ઘરેલું આવક		માસિક ઘરેલું ખર્ચ (FAA માટે લાગુ પડતું નથી)	
દર્દી	\$ /માસ.	હાઉસિંગ:	પોતાનું/લોન પર ભાડું
જીવનસાથી	\$ /માસ.	ઘર માટે ચૂકવણી	\$ /માસ.
ભથ્થું	\$ /માસ.	ઉપયોગી સેવાઓ (ઇલેક્ટ્રિક, પાણી)	\$ /માસ.
બેરોજગાર	\$ /માસ.	કાર # 1	\$ /મો.
બાળ મદદ	\$ /માસ.	કાર # 2	\$ /માસ.
ઉત્તરજીવીના લાભો	\$ /માસ.	પેટ્રોલ	\$ /માસ.
કામદારોનું ભથ્થું	\$ /માસ.	વીમો	\$ /માસ.
ટ્રસ્ટ ફંડ	\$ /માસ.	ટીવી / કેબલ / ફોન	\$ /માસ.
અન્ય	\$ /માસ.	ખોરાક	\$ /માસ.
કુલ આવક	\$ /માસ.	કુલ ખર્ચાઓ	\$ /માસ.

બેન્ક ખાતા/અન્ય સંપત્તિઓ (તમામ 3 પ્રશ્નોના જવાબો આપવા જ 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 મેમોરિયલ હરમેન 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 મેમોરિયલ હરમેનને 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 મેમોરિયલ હરમેન 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 શકે છે. આર્થિક સહાયતા માટે યોગ્યતાનો નિર્ણય લેવામાં આવે તે પહેલાં દર્દીઓ આવા કાર્યક્રમો માટે અરજી કરે એ અપેક્ષિત છે. મેમોરિયલ હરમેન 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 મેડિકેઇડ, કાઇમ વિક્ટિમ્સ, હેલ્થ એક્સચેન્જ ઇન્સ્યોરન્સ 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, કૃપા કરીને અરજી અને બધા સહાયક દસ્તાવેજો આ સરનામે ટપાલથી, ફેક્સથી કે ઇ-મેલથી મોકલી આપો:

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024
 ધ્યા ન આપો: **PBS Financial Assistance**
 ફેક્સ: **713-338-4261**
 ઇ-મેલ: **MHFinancialAssistance@memorialhermann.org**

માત્ર કાર્યાલયના ઉપયોગ માટે જ

સુવિધાના CEO / CFO દ્વારા મંજૂર કરવામાં આવેલ આર્થિક સહાયતા આવી

મંજૂર કરનાર:

નામ / સહી

હોદ્દો

તારીખ

જુઓ પાછળની બાજુ

જુઓ પાછળની બાજુ