

A હોસ્પિટલ કે ક્લિનિકનું સ્થાન: જ્યાં દર્દીને સારવાર મળતી હોય (મળવાની હોય) તે સ્થાન પસંદ કરો

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital અથવા HF Health Center Brownstown અન્ય, કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો (_____)

B દર્દીની માહિતી: કૃપા કરીને દર્દીને મળતી સારવાર અંગેની આ વિભાગની વિગતો ભરો

દર્દીનું નામ: _____ જન્મતારીખ: _____
 સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર: _____ MRN: _____ ગેરેન્ટર ID: _____

C જવાબદેહ પક્ષ(ગેરેન્ટર): કૃપા કરીને તબીબી બિલ ચૂકવનાર વ્યક્તિ વિશેનો આ વિભાગ પૂર્ણ કરો

જવાબદેહ પક્ષનું નામ: _____
 (જો વિભાગ B થી અલગ હોય તો) _____ દર્દી સાથેનો સંબંધ: _____
 શેરીનું સરનામું: _____ ટેલિફોન: _____
 શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝીપ: _____ દેશ: _____
 નોકરી આપનાર: _____ પૂર્ણ-સમય આંશિક-સમય કાર્યસ્થળનો ફોન: _____

D આરોગ્ય વીમા પાત્રતા ચકાસણી

<p>1. તમે Medicare અથવા Medicaid માટે અરજી કરી છે અથવા અરજી નકારાઈ છે?</p> <p>1a. Medicare વિભાગ A <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા 1b. Medicare વિભાગ B <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા 1c. Medicare વિભાગ C <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા 1d. Medicaid <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p> <p>તમને Medicaid માટે કરવામાં આવેલો ઇનકાર શું છેલ્લા 90 દિવસની અંદર આ કરવામાં આવ્યો હતો? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p>		<p>4. શું તમારા એમ્પ્લોયર અથવા જીવનસાથીના એમ્પ્લોયર ગ્રૂપ આરોગ્ય વીમો આપે છે? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p> <p>4a. શું તમે તમારા એમ્પ્લોયર દ્વારા છેલ્લા 3 થી 6 મહિનામાં કવરેજ મેળવ્યું છે? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p> <p>જો હા, તો COBRA ઉપલબ્ધ છે? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p>	
<p>2. શું તમે આને સંબંધિત સેવાઓ માટે આર્થિક સહાય માટે અરજી કરો છો:</p> <p>2a. મોટર વ્હિકલ એક્સિડન્ટ (Motor Vehicle Accident, MVA) <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા 2b. ગુના પિડિત <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા 2c. કામદારનું વળતર <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા 2d. અન્ય ઇજાઓ (દા.ત. લપસવું અને પડી જવું) <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p>	<p>મું: _____</p>	<p>5. શું તમારી પાસે કોઈ અન્ય આરોગ્ય વીમો છે? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p> <p>જો હા, તો વીમાની માહિતી આપો:</p>	
		<p>6. શું તમે Henry Ford Health System સર્વિસના વિસ્તારના કાયમી રહેવાસી છો? <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> હા</p>	

E

ઘરનાં સભ્યો અને ઘરેલુ રોજગારની આવક

તમારા ઘરમાં કેટલા સભ્યો છે? _____

કૃપા કરીને ઘરમાં કમાતા હોય તેવા તમામ સભ્યોની યાદી આપો (જરૂર હોય તો બીજી શીટ જોડો):

ઘરના સભ્યનું નામ	અરજદાર સાથે સંબંધ	કુલ માસિક આવક (કપાત પહેલાં)
		\$
		\$
		\$
કુલ માસિક આવક		\$

F

અન્ય પારિવારિક આવક (બિન-રોજગાર)

આવકના અન્ય સ્ત્રોતો	પ્રતિ મહિને રકમ
બાળકને સહાય / ખોરાકી	\$
ફોર્સ્ટર કેર, ટાઉનશીપ ટ્રસ્ટી, ચર્ચની આવક, વગેરે.	\$
પેન્શન, સામાજિક સુરક્ષા, સામાજિક સુરક્ષા વિકલાંગતા	\$
ભાડાંની મિલકત	\$
વાર્ષિકી, વ્યાજ, નિવૃત્તિ વિતરણ	\$
બેરોજગારી ભથ્થુ અથવા કામદારનું વળતર	\$
અન્ય (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો)	\$
કુલ અન્ય આવકના સ્ત્રોતો	\$

G

ઘરેલુ મિલકતો

મિલકતનો પ્રકાર	કુલ
રોકડ	\$
બચત ખાતું	\$
ખાતાં તપાસ	\$
સ્ટોક	\$
બોન્ડ	\$
બચત બોન્ડ	\$
ડિપોઝિટના પ્રમાણપત્રો (Certificates of Deposit, CDs)	\$
મની માર્કેટ એકાઉન્ટ્સ	\$
મ્યુચ્યુઅલ ફંડ્સ	\$
ટ્રસ્ટ	\$
કુલ મિલકતો	\$

H

માસિક ઘરેલું ખર્ચાઓ

ખર્ચનો પ્રકાર	પ્રતિ મહિને રકમ
ભાડું	\$
ગીરો	\$
બાળ સહાય	\$
કરિયાણું	\$
વાહન ચુકવણી	\$
સામાન્ય રસીદો	\$
કુલ માસિક ઘરેલું ખર્ચાઓ:	\$

I

અધિકૃતતા

હું HFHS નીતિઓ અને કાર્યવાહી અનુસાર આર્થિક સહાય માટે મારી પાત્રતાની સ્થિતિના નિર્ધારણ માટે Henry Ford Health System (HFHS) ને આ અરજીમાં સમાવિષ્ટ માહિતીને આપવા માટે અહીં અધિકૃત કરું છું. હું આ માહિતીને આવશ્યક રૂપે ચકાસવા માટે HFHS ને અધિકૃત કરું છું, જેમાં કેડિટ બ્યૂરો અહેવાલ મેળવવા, રોજગાર અને/અથવા આવકની ચકાસણી કરવી અને યોગ્ય સહાયક દસ્તાવેજો મેળવવા માટે અને એ ઉપરાંતની બાબતો પરંતુ તે પૂરતું સિમિત નહીં, શામેલ હોઈ શકે છે. આ અરજીમાં મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી બધી માહિતી અને આવકના દસ્તાવેજો સાચા, સચોટ અને બતાવ્યા પ્રમાણે સંપૂર્ણ છે. જો કોઈપણ સમયે નિર્ધારિત કરવામાં આવે છે કે મેં આપેલી માહિતી ખોટી કે અચોક્કસ હતી, તો બધી આર્થિક સહાય ઉલટાવી દેવામાં આવશે અને કંઈપણ અને તમામ બાકીની ચુકવણીની તાત્કાલિક ભરપાઈ કરવા માટેની જવાબદારી હું સ્વીકારીશ. કોઈપણ આંશિક આર્થિક સહાયની છૂટ પછીની બાકી નીકળતી રકમ ભરપાઈ કરવા માટેની જવાબદારી સ્વીકારવા માટે પણ હું સંમત છું.

છપાતું નામ: _____ દર્દી સાથેનો સંબંધ: _____
સહી: _____ તારીખ: _____

કૃપા કરીને તમારી અરજી પરત મોકલતા પહેલાં તમારી વિનંતી પર કાર્યવાહી કરવા માટે જરૂરી તમામ દસ્તાવેજો પૂરા કર્યા છે અને પ્રદાન કર્યા છે તેની ચકાસણી કરો:

<input type="checkbox"/> અરજીના તમામ પાનાઓ સહી અને તારીખ સહિત પૂર્ણ કર્યા છે	<input type="checkbox"/> તાજેતરના વર્ષના વેતન અને વેરાના નિવેદનો (ફોર્મ W -2) અને અથવા પરચુરણ આવક (ફોર્મ 1099)	<input type="checkbox"/> ઘરના દરેક સભ્ય માટે આજની તારીખ સુધી વર્ષભરની કમાણી સાથે છેલ્લા 2 મહિનાના પગારની સ્લીપ
<input type="checkbox"/> તાજેતરના વર્ષનું ફેડરલ આવકવેરાનું રિટર્ન (ફોર્મ 1040)	<input type="checkbox"/> મિશિગનનું માન્ય ડ્રાઇવર લાઇસન્સ અથવા મિશિગન સ્ટેટના ઓળખપત્રની નકલ	<input type="checkbox"/> છેલ્લા બે મહિનાનું બેંક સ્ટેટમેન્ટ: ચેકિંગ/બચત
<input type="checkbox"/> અન્ય આવકનો પુરાવો (એટલે કે ભાડાંની આવક, વગેરે)	<input type="checkbox"/> જો તમારી પાસે કવરેજ હોય તો તબીબી વીમા કાર્ડની નકલો સમાવિષ્ટ છે	<input type="checkbox"/> જો તમે અરજી કરી હોય અને નામંજૂર કરવામાં આવી હોય તો Medicaid નામંજૂર પત્રની એક નકલ શામેલ છે

કૃપા કરીને નોંધ કરો કે તમારી આર્થિક જરૂરિયાતનું નિવેદન તમારી અરજીનું આગળનું મૂલ્યાંકન કરવા માંગી શકાય છે.