



દર્દી આર્થિક સહાય કાર્યક્રમ (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

A

હોસ્પિટલ અથવા ક્લિનિકનું સ્થાન: કૃપા કરીને દર્દી જ્યાંથી સારવાર પ્રાપ્ત કરી રહ્યો છે તે ક્લિનિકનું સ્થાન(નો) પસંદ કરો

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 HF તબીબી કેન્દ્રો HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital અથવા HF Health Center Brownstown
 અન્ય (કૃપા કરીને નિર્દિષ્ટ કરો: _____) Henry Ford Allegiance Health

B

દર્દીની માહિતી: કૃપા કરીને સારવાર પ્રાપ્ત કરનાર દર્દી વિશેનો આ વિભાગ પૂર્ણ ભરો

દર્દીનું નામ: _____ જન્મતારીખ: _____
 સોસાયલ સિક્યુરિટી નંબર: _____ MRN: _____ જામીનદારનું ID: _____

C

જવાબદાર પક્ષ (જામીનદાર): કૃપા કરીને મોડિકલ બિલ ચુકવનાર વ્યક્તિ વિશેનો આ વિભાગ પૂર્ણ ભરો

જવાબદાર પક્ષનું નામ: _____ દર્દી સાથે સગપણ: _____
 (જો વિભાગ B કરતા અલગ હોય) _____
 ગલીનું સરનામું: _____ ટેલિફોન: _____
 શહેર: _____ રાજ્ય: _____ જિલ્લો: _____ દેશ: _____
 નોકરીદાતા: _____
 ફુલ-ટાઇમ પાર્ટ-ટાઇમ કાર્યાલયનો ફોન નં.: _____

D

આરોગ્ય વીમા માટે પાત્રતાની ચકાસણી

1. શું તમે Medicare માટે પાત્ર છો? 1a. Medicare ભાગ A 1b. Medicare ભાગ B	<input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા	5. શું તમારા નોકરીદાતા અથવા જીવનસાથીના નોકરીદાતા સમૂહ આરોગ્ય વીમો પ્રદાન કરે છે?	<input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા
2. શું તમે Medicaid માટે પાત્ર છો?	<input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા	6. શું તમને છેલ્લા 3-6 મહિનામાં કોઈ નોકરીદાતા દ્વારા કવરેજ મળ્યું છે?	<input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા
3. શું તમે આનાથી સંબંધિત સેવાઓ માટે નાણાકીય સહાયતાની અરજી કરી રહ્યાં છો: 3a. Motor Vehicle Accident (મોટર વાહન અકસ્માત, MVA) 3b. ગુનાના શિકાર 3c. કામદારોની ક્ષતિપૂર્તિ 3d. અન્ય ઈજા (દા.ત., સ્લિપ થવું અને પડી જવું)	<input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા	7. શું તમે હેલ્થ ઈન્શ્યુરન્સ એક્સચેન્જ મારફતે વીમા માટે અરજી કરવા માટે પાત્ર છો?	<input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા
4. શું તમારી પાસે કોઈ અન્ય આરોગ્ય વીમો છે?	<input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા	8. તમે યુ.એસ. સિટિઝન છો કે કાયદેસર નિવાસી?	<input type="checkbox"/> નહીં <input type="checkbox"/> હા
4a. જો હા હોય, કૃપા કરીને વીમા કંપનીનું નામ જણાવો: _____			

E

ઘરેલુ સભ્યો અને ઘરેલુ રોજગાર આવક

તમારા ઘરમાં કેટલા લોકો રહે છે? _____

કૃપા કરીને આવક મેળવતા હોય તેવા કોઈપણ ઘરેલુ સભ્યનું નામ લખો (જો જરૂરી હોય તો એક વધારાનું પત્રક જોડો):

ઘરેલુ સભ્યનું નામ	અરજદાર સાથે સગપણ	માસિક કુલ આવક (કપાત પહેલા)
		\$
		\$
		\$
	કુલ માસિક આવક	\$



દર્દી આર્થિક સહાય કાર્યક્રમ (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

F ઘરેલુ અન્ય આવક (બિન-રોજગાર)

આવકના અન્ય સ્ત્રોતો	પ્રતિ મહિના રકમ
બાળ સહાય	\$
ફોસ્ટર કેર, ટાઉનશિપ ટ્રસ્ટી, ચર્ચથી આવક વગેરે	\$
પેન્શન, સામાજિક સુરક્ષા, સામાજિક સુરક્ષા અક્ષમતા	\$
ભાડાકીય સંપત્તિ	\$
વાર્ષિકી, વ્યાજ, નિવૃત્તિ વિતરણ	\$
બેરોજગાર અથવા કામદારની ક્ષતિપૂર્તિ	\$
અન્ય (કૃપા કરી જણાવો)	\$
આવકના કુલ અન્ય સ્ત્રોતો	\$

G ઘરેલુ સંપત્તિ

સંપત્તિનો પ્રકાર	કુલ
રોકડ	\$
બચત ખાતું	\$
ચેકિંગ ખાતું	\$
આરોગ્ય/તબીબી બચત ખાતું	\$
લિક્વિડ એસેટ્સ (દા.ત. શેર, બોન્ડ્સ, IRA, ડિપોઝિટના પ્રમાણપત્રો)	\$
કુલ સંપત્તિઓ	\$

H અધિકાર

હું અહીં Henry Ford Health System (HFHS) ને HFHS નીતિઓ અને પ્રક્રિયા અનુસાર નાણાકીય સહાયતા માટે મારી યોગ્યતા નક્કી કરવા માટે આ અરજીમાં સામેલ માહિતીને પ્રકાશિત કરવાનો અધિકાર આપું છું. હું HFHS ને જરૂરિયાત અનુસાર આ માહિતી ચકાસવાનો અધિકાર આપું છું, જેમાં ક્રેડિટ બેરેટ રિપોર્ટ મેળવવા, રોજગાર અને/અથવા આવક તપાસવા અને યોગ્ય સહાયક દસ્તાવેજો મેળવવાનો સમાવેશ છે, પણ ત્યાં સુધી જ મર્યાદિત નથી. આ અરજીમાં મેં પ્રદાન કરેલ બધી માહિતી અને આવકના દસ્તાવેજ સાચા, સચોટ અને બતાવેલ મુજબ પૂર્ણ ભરેલ છે. જો કોઈપણ સમયે નક્કી કરવામાં આવે કે પ્રદાન કરવામાં આવેલી માહિતી ખોટી છે, તો બધી નાણાકીય સહાયતા પાછી લેવાશે, અને હું કોઈ પણ અથવા બધા બાકી બેલેન્સ સંપૂર્ણ અને તાત્કાલિક ચુકવણીની જવાબદારી સ્વીકારીશ. હું કોઈપણ આંશિક નાણાકીય સહાયતા છૂટ પછી કોઈપણ બાકી રકમ માટે ચુકવણીની જવાબદારી સ્વીકારવા માટે પણ સંમત થાઉં છું.

છાપેલ નામ: _____ દર્દી સાથે સગપણ: _____

સહી: _____ તારીખ: _____

કૃપા કરીને ચકાસો કે તમારી અરજી પરત કરતા પહેલા તમે નીચે આપેલ વિભાગ પૂર્ણ ભર્યો છે:

<input type="checkbox"/> અરજીના બધા પૃષ્ઠો ભર્યો છે	<input type="checkbox"/> આવકના પુરાવા અથવા સહાયનો પત્ર સહિત	<input type="checkbox"/> યુ.એસ. સિટિઝન અને/અથવા કાયદેસર નિવાસીનો પુરાવો સામેલ છે
<input type="checkbox"/> સહી કરેલ અને તારીખ લગાવેલ અરજી	<input type="checkbox"/> તબીબી વીમાની નકલો સામેલ છે જો તમારી પાસે કવરેજ હોય, તો ક્રાડુસ	<input type="checkbox"/> Medicaid અસ્વીકૃતિની નકલ સામેલ છે જો અરજી કરી હોય અને અસ્વીકારાઈ હતી, તો પત્ર