

# નાણાકીય સહાય અરજી ફોર્મ

**મહત્વપૂર્ણ:** તમે મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટ દરે સંભાળ પ્રાપ્ત કરી શકો છો: આ અરજી પૂર્ણ કરવાથી, Alexian Brothers Health System (Alexian Brothers હેલ્થ સિસ્ટમ) જે Ascension Illinois આનુષંગિકોના રૂપમાં કાર્ય કરે છે, તેને એ નિર્ધારિત કરવામાં મદદ મળશે કે શું તમે મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટ દરે સેવાઓ અથવા તમારી આરોગ્ય સંભાળમાં મદદ કરી શકે તેવા અન્ય જાહેર કાર્યક્રમો પ્રાપ્ત કરી શકો છો કે નહીં. કૃપા કરીને આ અરજીને કવર લેટર પર સૂચિબદ્ધ કરેલ સરનામાં પર સબમિટ કરો.

જો તમારો કોઈ વીમો નથી, તો મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટ સારવાર માટે લાયક થવા માટે, કોઈ સામાજિક સુરક્ષા નંબર આવશ્યક નથી. જો કે, Medicaid સહિતના કેટલાક જાહેર કાર્યક્રમો માટે એક સામાજિક સુરક્ષા નંબર આવશ્યક હોય છે. સામાજિક સુરક્ષા નંબર પૂરો પાડવો જરૂરી નથી, પરંતુ તે Alexian Brothers Health System જે Ascension Illinois આનુષંગિકોના રૂપમાં કાર્ય કરે છે, તેમને તમે કોઈપણ જાહેર કાર્યક્રમો માટે લાયક છો કે નહીં તે નક્કી કરવામાં મદદ કરશે. "વૈકલ્પિક" રૂપે ચિહ્નિત કરેલા અરજીના પ્રશ્નો માટેના તમારા ઉત્તરનો (અથવા ઉત્તર ના આપવાનો) અરજીના પરિણામ પર કોઈ પ્રભાવ પડશે નહીં.

કૃપા કરીને આ ફોર્મ ભરો અને સેવાની તારીખ પછી શક્ય તેટલી વહેલી તકે મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટ દરે સંભાળની અરજી કરવા માટે તેને Alexian Brothers Health System જે Ascension Illinois આનુષંગિકોના રૂપમાં કાર્ય કરે છે, તેને રૂબરૂ, મેઇલ, ઇલેક્ટ્રોનિક મેઇલ અથવા ફેક્સ દ્વારા સબમિટ કરો. તમારી સારવાર માટેના પ્રથમ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ પછી, અમે 240 દિવસ સુધી તમારી અરજી સ્વીકારીશું. આ અરજી સબમિટ કરવા દ્વારા, તમે સ્વીકારો છો કે દર્દી નાણાકીય સહાયને પાત્ર છે કે નહીં તે નિર્ધારિત કરવામાં Alexian Brothers Health System જે Ascension Illinois આનુષંગિકોના રૂપમાં કાર્ય કરે છે, તેમને મદદ કરવા માટે અરજીમાં વિનંતી કરવામાં આવેલી તમામ માહિતી પૂરી પાડવા માટે તમે સહાયપૂર્વક પ્રયાસ કર્યો છે. જો તમને અરજી પ્રક્રિયા પર કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો તમે 833-272-7581 પર પ્રશ્નો અથવા ચિંતાઓ સાથે Alexian Brothers Health System જે Ascension Illinois આનુષંગિકોના રૂપમાં કાર્ય કરે છે, તેમના નાણાકીય પરામર્શ વિભાગનો સંપર્ક કરી શકો છો.

વીમા વિનાના દર્દીની ફરિયાદો અથવા ચિંતાઓની ડિસ્કાઉન્ટ અરજી પ્રક્રિયા અથવા હોસ્પિટલની નાણાકીય સહાયતાની પ્રક્રિયાને Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (Illinois એટર્ની જનરલ હેલ્થ કેર બ્યુરો)ને જાણ કરવામાં આવી શકે છે. Health Care Bureauની ટોલ-ફ્રી હોટલાઇન 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) છે.

## દર્દીની માહિતી

(મહેરબાની કરીને પ્રિન્ટ અને બધા ક્ષેત્રો પૂર્ણ થવા જોઈએ. અરજીમાં કોઈ વ્યક્તિગત લાઇન પર લાગુ ન હોય તો N/A સૂચવો)

તારીખ \_\_\_\_\_ ખાતા ક્રમાંક \_\_\_\_\_  
નામ (પ્રથમ અને અટક) \_\_\_\_\_  
જન્મ તારીખ \_\_\_\_\_ વૈવાહિક સ્થિતિ \_\_\_\_\_ ફોન નંબર \_\_\_\_\_  
વૈકલ્પિક - લિંગ ઓળખ - તમે તમારી જાતને માનો છો:  પુરુષ  સ્ત્રી  ટ્રાન્સજેન્ડર મેન/ટ્રાન્સ મેન/ફિમેલ-ટુ-મેલ(FTM)  
 ટ્રાન્સજેન્ડર મહિલા/ટ્રાન્સ મહિલા/મેલ-ટુ-ફિમેલ (MTF)  લિંગ રહિત/એવી લિંગ જે ના તો પુરુષ હોવાની ના તો મહિલા હોવાની પુષ્ટિ કરે છે  
 વધારાની લિંગ શ્રેણી (અથવા અન્ય)  
વૈકલ્પિક - લિંગની ઓળખ: તમારા જન્મના પ્રમાણપત્રમાં મૂળ કઈ લિંગ બતાવવામાં આવી હતી?:  પુરુષ  સ્ત્રી  
વૈકલ્પિક - વર્ણ:  સફેદ  કાળો અથવા આફ્રિકન અમેરિકન  અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કા મૂળ  એશિયન ભારતીય  યાઇનીઝ  ફિલિપિનો  
 જાપાનીઝ  કોરિયન  વિયેતનામીસ  અન્ય એશિયન  મૂળ હવાઈયન  ગુઆમેનિયન અથવા યમોરો  સામોઅન  અન્ય પેસિફિક આઇલેન્ડર  
વૈકલ્પિક - વંશીયતા:  હિસ્પેનિક, લેટિનો/ના, અથવા સ્પેનિશ મૂળ  મેક્સીકન, મેક્સીકન અમેરિકન, ચિકાનો/ના  પ્યુર્ટો રિકન  
 ક્યુબન  અન્ય હિસ્પેનિક, લેટિનો/ના અથવા સ્પેનિશ મૂળ  
વૈકલ્પિક - ભાષા - શું તમે ઘરે અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય કોઈ ભાષા બોલો છો?:  હા  ના  
જો હો તો, કઈ ભાષા?: \_\_\_\_\_

પત્રનું સરનામું \_\_\_\_\_ શહેર \_\_\_\_\_ રાજ્ય \_\_\_\_\_ ઝિપ \_\_\_\_\_  
વૈકલ્પિક - સામાજિક સુરક્ષા નંબર \_\_\_\_\_  
નોકરીદાતા \_\_\_\_\_ રોજગાર સ્થિતિ \_\_\_\_\_  
નોકરીદાતાનો ફોન નંબર \_\_\_\_\_

## જવાબદાર પક્ષની માહિતી/કાનૂની વાલીની માહિતી

(જો ઉપરોક્ત દર્દી અને જવાબદાર પક્ષ સમાન હોય, તો આ વિભાગને ખાલી છોડી દો.)

નામ (પ્રથમ અને અટક) \_\_\_\_\_  
જન્મ તારીખ \_\_\_\_\_ વૈવાહિક સ્થિતિ \_\_\_\_\_ ફોન નંબર \_\_\_\_\_  
પત્રનું સરનામું \_\_\_\_\_ શહેર \_\_\_\_\_ રાજ્ય \_\_\_\_\_ ઝિપ \_\_\_\_\_  
સામાજિક સુરક્ષા નંબર (વૈકલ્પિક) \_\_\_\_\_  
નોકરીદાતા \_\_\_\_\_ રોજગાર સ્થિતિ \_\_\_\_\_

## જીવનસાથીની જવાબદાર માહિતી

(જો દર્દી જવાબદાર પક્ષ સમાન હોય, તો દર્દી માટે જીવનસાથીની માહિતી ભરો.)

નામ (પ્રથમ અને અટક) \_\_\_\_\_  
જન્મ તારીખ \_\_\_\_\_ વૈવાહિક સ્થિતિ \_\_\_\_\_ ફોન નંબર \_\_\_\_\_  
પત્રનું સરનામું \_\_\_\_\_ શહેર \_\_\_\_\_ રાજ્ય \_\_\_\_\_ ઝિપ \_\_\_\_\_

સામાજિક સુરક્ષા નંબર (વૈકલ્પિક) \_\_\_\_\_  
નોકરીદતા \_\_\_\_\_ રોજગાર સ્થિતિ \_\_\_\_\_  
નોકરીદાતાનો ફોન નંબર \_\_\_\_\_

## જવાબદાર પક્ષના આશ્રિતો

(જો દર્દી જવાબદાર પક્ષ સમાન હોય, તો દર્દી માટે જીવનસાથીની માહિતી ભરો.)

|           |                  |                               |
|-----------|------------------|-------------------------------|
| નામ _____ | જન્મ તારીખ _____ | જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____ |
| નામ _____ | જન્મ તારીખ _____ | જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____ |
| નામ _____ | જન્મ તારીખ _____ | જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____ |
| નામ _____ | જન્મ તારીખ _____ | જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____ |

ઘરમાં રહેતા પુખ્ત વયના લોકો અને બાળકોની સંખ્યા \_\_\_\_\_

## માસિક આવક

(નીચે સૂચિબદ્ધ દરેક વસ્તુ માટે ડોલરની રકમ ભરો. દરેક માટે દર મહિને રકમ પ્રદાન કરો.)

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| અરજદારની કમાણીની આવક _____    | પ્રાપ્ત થયેલી બાળ સહાય _____             |
| અરજદારના જીવનસાથીની આવક _____ | પ્રાપ્ત થયેલું ભરણપોષણ _____             |
| સામાજિક સુરક્ષા લાભો _____    | મિલકતના ભાડાની આવક _____                 |
| પેન્શન/નિવૃત્તિની આવક _____   | ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ _____                      |
| વિકલાંગતા આવક _____           | પ્રાપ્ત થયેલું ટ્રસ્ટ ફંડનું વિતરણ _____ |
| બેરોજગારીનું વળતર _____       | અન્ય આવક _____                           |
| કામદારોનું વળતર _____         | કુલ માસિક આવક _____                      |
| વ્યાજ/ડિવિડન્ડની આવક _____    |  |

## માસિક જીવન નિર્વાહ ખર્ચ

Ascension Illinoisની નાણાકીય સહાયતા નીતિમાં વર્ણવ્યા મુજબ નાણાકીય સહાય માટે અનુમાનિત રીતે પાત્ર હોય તેવા દર્દીઓએ આ વિભાગ પૂર્ણ કરવાની જરૂર નથી.

|                                   |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| ગીરો/ભાડું _____                  | બાળ સહાય/ભણતર _____         |
| ઉપયોગિતાઓ _____                   | ક્રેડિટ કાર્ડ્સ _____       |
| ફોન (લેન્ડલાઇન) _____             | ડૉક્ટર/હોસ્પિટલના બિલ _____ |
| સેલ ફોન _____                     | કાર/ઓટોવીમો _____           |
| કરિયાણું/ખોરાક _____              | ઘર/સંપત્તિ વીમો _____       |
| કેબલ/ઇન્ટરનેટ/સેટેલાઇટ ટીવી _____ | મેડિકલ/આરોગ્ય વીમો _____    |
| કારની ચુકવણી _____                | જીવન વીમો _____             |
| બાળ સંભાળ _____                   | અન્ય માસિક ખર્ચ _____       |
|                                   | કુલ માસિક ખર્ચ _____        |

## સંપત્તિ

રોકડ/બચત/ચેકિંગ એકાઉન્ટ \_\_\_\_\_  
સ્ટોક્સ/બોન્ડ/રોકાણ/સીડી(ઓ) \_\_\_\_\_  
અન્ય જમીન જાગીર/દ્વિતીય નિવાસસ્થાન \_\_\_\_\_  
બોટ/આરવી/મોટરસાયકલ/મનોરંજન વાહન \_\_\_\_\_  
કલેક્ટર ઓટોમોબાઇલ્સ/બિન-આવશ્યક ઓટોમોબાઇલ \_\_\_\_\_  
આરોગ્ય બચત/ફ્લેક્સિબલ ખર્ચ એકાઉન્ટ વાહન \_\_\_\_\_

હું Alexian Brothers Health System જે Ascension Illinois આનુષંગિકોના રૂપમાં કાર્ય કરે છે ને બાહ્ય ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ પાસેથી માહિતી મેળવવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજીની માહિતી સાચી છે અને મારા જ્ઞાન પ્રમાણે યોગ્ય છે. હું એવા કોઈપણ રાજ્ય, સંઘીય અથવા સ્થાનિક સહાય માટે અરજી કરીશ, જેના માટે હું મારા તબીબી બિલોની ચુકવણી કરવામાં સહાય મેળવી શકું. હું સમજું છું કે પ્રદાન કરેલી આ માહિતી Alexian Brothers Health System જે Ascension Illinois આનુષંગિકોના રૂપમાં કાર્ય કરે છે, તેના દ્વારા ચકાસવામાં આવી શકે છે અને હું Alexian Brothers હેલ્થ સિસ્ટમ જે Ascension Illinois આનુષંગિકોના રૂપમાં કાર્ય કરે છે, તેને આ અરજીમાં આપેલી માહિતીની ચકાસણી કરવા તૃતીય પક્ષોનો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું સમજું છું કે જો હું આ અરજીમાં જાણી જોઈને અસત્ય માહિતી પ્રદાન કરું, તો હું આર્થિક સહાય માટે અયોગ્ય હોઈશ, મને આપેલી કોઈપણ નાણાકીય સહાય પરત ખેંચાઈ શકે છે અને હું પોતે જ બધા બિલ(લો)ની ચુકવણી માટે જવાબદાર હોઈશ.

અરજદારની સહી \_\_\_\_\_  
તારીખ \_\_\_\_\_

ટિપ્પણીઓ \_\_\_\_\_

# ટેકોનો પત્ર

દર્દીનો મેડિકલ રેકોર્ડ નંબર/એકાઉન્ટ નંબર \_\_\_\_\_

સમર્થકનું નામ \_\_\_\_\_

દર્દી/અરજદાર સાથે સંબંધ \_\_\_\_\_

સમર્થકનું સરનામું \_\_\_\_\_

પ્રતિ Ascension Illinois:

આ પત્ર એ બાબત જણાવવા માટે છે કે (દર્દીનું નામ) \_\_\_\_\_ ને ખૂબ જ થોડી અથવા કોઈ આવક નથી અને હું તેને/તેણીને જીવન નિર્વાહના ખર્ચમાં સહાયતા કરું છું. તેની/તેણીની/તેમની મારા પ્રત્યે ખૂબ જ થોડી અથવા કોઈ જવાબદારી નથી.

આ વિધાન પર હસ્તાક્ષર કરીને, હું સંમત છું કે આપેલી માહિતી મારા જ્ઞાન પ્રમાણ સાચી છે.

સમર્થકની સહી \_\_\_\_\_

તારીખ \_\_\_\_\_

પ્રિય દર્દી/અરજદાર,

Alexian Brothers Health System જે Ascension Illinois આનુષંગિકોના રૂપમાં કાર્ય કરે છે, તે કડુણા દ્વારા સંચાલિત છે અને બધા માટે ખાસ કરીને જેમને સૌથી વધુ જરૂર છે તેમના માટે વ્યક્તિગત સંભાળ પૂરી પાડવા માટે સમર્પિત છે. અમારા દર્દીઓને આર્થિક સહાય રજૂ કરવી એ અમારું મિશન અને વિશેષાધિકાર છે. આર્થિક સહાય ફક્ત કટોકટી અને અન્ય આવશ્યક તબીબી સંભાળ માટે જ ઉપલબ્ધ છે. તમારી આરોગ્ય સંભાળની જરૂરિયાતો માટે તમારી અને તમારા પરિવારની સંભાળ રાખવા માટે અમારા પર વિશ્વાસ કરવા બદલ આભાર.

અમને તમારી વિનંતી મળી હોવાને કારણે અમે આ પત્ર અને સાથે જોડેલ આર્થિક સહાયની અરજી મોકલી રહ્યાં છીએ. જો તમે આ વિનંતી કરી ન હતી, તો કૃપા કરીને અવગણો. કૃપા કરીને તમારી સહી અને પાછા ફરતા પહેલાની તારીખ સહિત, બંને બાજુ પૂર્ણ કરો. જો તમે છેલ્લા છ મહિનામાં કોઈ અરજી પૂર્ણ કરી હોય અને તેને નાણાકીય સહાય માટે મંજૂર કરવામાં આવી હોય, તો કૃપા કરીને અમને સૂચિત કરો. તમારે નવી અરજી પૂર્ણ કરવાની જરૂર નથી. અમે છ મહિનાથી વધુ જૂની અરજી ને સ્વીકારવા યોગ્ય માનીશું નહિ.

અરજીની સાથે, કૃપા કરીને તમારી આવકના પુરાવા તરીકે નીચેની આઇટમ્સમાંથી ઓછામાં ઓછી એકની એક નકલ પ્રદાન કરો. જો તમે પરિણીત છો અથવા 6 મહિના કે તેથી વધુ સમય માટે નોંધપાત્ર રીતે કોઈ વ્યક્તિ સાથે રહો છો, તો અરજીની પ્રક્રિયા થાય તે પહેલાં, તેમની આવકના પુરાવા તરીકે નીચેની વસ્તુઓમાંથી ઓછામાં ઓછી એકની નકલ પણ આપવાની જરૂર રહેશે.

- માલિક પાસેથી તાજેતરના 3 પેસ્ટબ્સની નકલો
- તાજેતરના વાર્ષિક ટેક્સ રિટર્નની નકલો (જો સ્વરોજગાર હોય તો, બધા શેડ્યુલ્સ સામેલ કરો)
- સામાજિક સુરક્ષા અને/અથવા પેન્શન નિવૃત્તિ પુરસ્કાર પત્ર
- માતાપિતા અથવા વાલીનું તાજેતરનું વાર્ષિક ટેક્સ રીટર્ન, જો અરજદાર તેમના કર ફોર્મ પર સૂચિબદ્ધ છે અને 25 વર્ષથી ઓછી વયની હોય તો
- અન્ય આવક માન્યતા દસ્તાવેજો
- છેલ્લા 3 મહિનાથી બેંકના નિવેદનોની નકલો
- બેરોજગારી લાભોની પ્રાપ્તિની નકલ

જો તમને ઘરમાં થી કોઈ કુટુંબ અથવા મિત્રો પાસેથી સહાય મળે છે, તો કૃપા કરીને તેમને "સપોર્ટ લેટર" ના લેબલ સાથે જોડાયેલ, ફોર્મ ભરવા માટે કહો. આ તેમને તમારા તબીબી બીલો માટે જવાબદાર બનાવશે નહીં. આ બતાવવામાં મદદ કરશે કે તમે કેવી રીતે તમારા જીવન ખર્ચનો નિર્વાહ કરી શકો છો. જો તમને પરિવાર અને મિત્રો તરફથી કોઈ સહાય પ્રાપ્ત ન થાય, તો તમારે સપોર્ટ લેટર ફોર્મ ભરવાની જરૂર નથી.

અંતે, કૃપા કરીને તમારા બાકી માસિક મેડિકલ અને ફાર્મસી/દવાના ખર્ચના પુરાવા રૂપેના દસ્તાવેજો પણ પૂરા પાડશો.

કૃપા કરીને ધ્યાનમાં રાખશો કે અરજીને ધ્યાનમાં લેવામાં આવે તે માટે આવકના પુરાવા સાથે પૂર્ણ કરેલી અરજી સબમિટ કરવી જરૂરી છે. અમે અધૂરી અરજીઓ પર પ્રક્રિયા કરી શકશું નહીં અથવા તેને ધ્યાનમાં લઈ શકશું નહીં.

કૃપા કરીને ધ્યાનમાં રાખશો કે ઇન્ટરનેટ પર ઇમેઇલ દ્વારા કરવામાં આવતો સંચાર સુરક્ષિત હોતો નથી. તેમ છતાં, તે અસંભવિત છે, તેવી સંભાવના છે કે તમે ઇમેઇલમાં શામેલ કરેલી માહિતીને તે વ્યક્તિ ઉપરાંત, અન્ય પક્ષો દ્વારા અટકાવવામાં આવી શકે છે અને તે વાંચવામાં આવી શકે છે.

અમે તમારી વ્યક્તિગત માહિતીને સુરક્ષિત કરવા અને તેની ખાતરી કરવા માંગીએ છીએ કે તે સુરક્ષિત રહે. તમારી અરજીમાં તમારો સોશિયલ સીક્યુરિટી નંબર અને અન્ય ખાનગી માહિતી સમાવિષ્ટ હોવાથી, અમે તમને તેને ઇમેઇલ દ્વારા મોકલવાનું ટાળવાની વિનંતી કરીએ છીએ.

કૃપા કરીને તમારી પૂર્ણ કરેલી અરજીને પ્રિન્ટ કરો અને નીચેના સરનામાં પર મોકલો:

Ascension Illinois PFS  
પ્રતિ: Financial Assistance Department (નાણાકીય સહાય વિભાગ)  
PO Box 74008855  
Chicago, IL 60674-8855

જો તમને આ અરજી વિષે કોઈ પ્રશ્નો હોય તો, કૃપા કરીને 833-272-7581 પર કોલ કરો.

ભવદીય,

દર્દી સંબંધી નાણાકીય સેવાઓ  
Ascension Illinois