



વ્યક્તિગત અને ગોપનીય

પ્રિય patient,

તમારા આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા તરીકે Trinity Health Mid-Atlantic પસંદ કરવા બદલ તમારો આભાર. કૃપા કરીને બિડાણ કરેલી અરજી પૂર્ણ કરો અને તમારી નાણાકીય સહાયતાનું સંપૂર્ણ મૂલ્યાંકન કરવા માટે નીચેના સરનામા પર પાછી મોકલો.

જો તમને કોઈ પણ પ્રશ્ન હોય, તો કૃપા કરીને અમારા ગ્રાહક સેવા કેન્દ્રનો સોમવારથી શુક્રવાર દરમિયાન સવારે 9:00 થી સાંજના 5:00 દરમિયાન ઈસ્ટર્ન ટાઈમ પ્રમાણે 800-494-5797, પર સંપર્ક કરો.

સ્નેહાધીન,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

નાણાકીય સહાયતા માટે ગોપનીય અરજી

કૃપા કરીને અરજીપત્રક ભરો અને તેના પર સહી કરો અને 10 દિવસની અંદર પરત કરો, જેમાં નીચેની નકલો સામેલ કરો:

જરૂરી ચકાસણીઓ

- છેલ્લા એક મહિનાનો કુલ આવકનો પુરાવો
- છેલ્લા બે મહિનાના તમામ બેંક ખાતાઓના તમામ પેજ (રિકર્ડિંગ ડિપોઝિટની સમજૂતી) સહિત સંપૂર્ણ બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ
- તાજેતરનાં ટેક્સ રિટર્ન્સ (અનુસૂચિ C, E અથવા F સાથે 1040 ફોર્મ) અથવા ત્રણ મહિનાના નફા અને નુકસાનના સ્ટેટમેન્ટ (સ્વ-રોજગાર/આશ્રિતો માટે)

જો લાગુ પડતું હોય તો, નીચેની બાબતો પૂરી પાડો

- સીઝનલ આવક માટે તાજેતરનું W2
- બેરોજગારી લાભ/ નકાર પત્ર
- બાળ આધાર આવક/ભરણપોષણ
- કોઈ આવક નહીં - અરજીનો નાણાકીય સહાયતાનો સંપૂર્ણ પત્ર

દર્દીની માહિતી

દર્દીનું નામ		જન્મ તારીખ	
સામાજિક સુરક્ષા/EIN નંબર (વૈકલ્પિક)		મોબાઇલ ફોન	અન્ય ફોન
મેઇલ સરનામું	શહેર	રાજ્ય	ઝીપ કોડ
ઇ-મેઇલ એડ્રેસ	તમે કયા રાજ્યના રહેવાસી છો?		
વૈવાહિક સ્થિતિ <input type="checkbox"/> એકલા <input type="checkbox"/> વિવાહિત <input type="checkbox"/> છૂટાછેડા લીધેલ <input type="checkbox"/> અન્ય _____			
શું તમે ફેડરલ ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કરો છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના જો ના, તો શા માટે?		શું તમે કોઈ બીજાના ટેક્સ રિટર્ન પર આધારિત હોવાનો દાવો કરી શકો છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	
શું તમે અથવા તમારા આશ્રિતોએ સેવા સમયે આરોગ્ય વીમા કવર મેળવ્યું હતું? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના (વીમા કાર્ડની નકલ પ્રદાન કરો)			
શું તમે યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સના દસ્તાવેજીકૃત રહેવાસી છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/> જવાબ આપવાનું પસંદ નથી કરતા			

તમારા તાજેતરના ટેક્સ રિટર્નના આધારે તમારા સહિત ઘરના સભ્યો	જન્મ તારીખ	દર્દી સાથેનો સંબંધ	ટેક્સ રિટર્ન પર દાવો (હા/ના)

ઘરના તમામ સભ્યો માટે આવકની ચકાસણી

માસિક આવકનો સ્ત્રોત	આ કોને મળે છે?	કુલ માસિક આવક (ટેક્સ પહેલાં)	માસિક આવકનો સ્ત્રોત	આ કોને મળે છે?	કુલ માસિક આવક (ટેક્સ પહેલાં)
સામાજિક સુરક્ષા/વિકલાંગતા			કામદારનું વળતર		
પેન્શન			બેરોજગાર		
સ્વ-રોજગાર			બાળ સહાય/ભરણપોષણ		
જાહેર સહાય			ભાડાની જમીન આવક		
અન્ય					

નાણાકીય સહાયતાનો પત્ર - સહાયતા પૂરી પાડતી વ્યક્તિ દ્વારા જ સંપૂર્ણ થવો જોઈએ

- હું દર્દીના રહેવાના ખર્ચ માટે 50% થી વધુ સહાયતા પૂરી પાડું છું, પરંતુ હું તબીબી બિલમાં મદદ કરવામાં અસમર્થ છું.
- આ પત્ર પર સહી કરીને, હું ખાતરી કરું છું કે ઉપરોક્ત નિવેદન સાચું છે હું મને કોઈ પણ રીતે દર્દીના બિલ માટે જવાબદારી લઈ નહીં શકું. જો તમને કોઈ પ્રશ્ન હોય, તો કૃપા કરીને _____ પર મારો સંપર્ક કરો (ફોન નંબર)

આધાર પૂરો પાડતી વ્યક્તિનું નામ	દર્દી સાથેનો સંબંધ
આધાર પૂરો પાડતી વ્યક્તિની સહી	તારીખ

આવક અને ઓળખની ચકાસણી

હું પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજીમાં સૂચિબદ્ધ માહિતી સાચી છે અને મારી જાણકારી મુજબ સંપૂર્ણ છે. હું સમજું છું કે પ્રદાન કરેલી માહિતી ચકાસણીને આધિન છે. જો ઉપરોક્ત માહિતી ખોટા બહાના હેઠળ પૂરી પાડવામાં આવી હોય તો Trinity Health સહયોગીઓમાં પૂરી પાડવામાં આવતી કોઈપણ સેવાઓની ચુકવણી માટે હું જવાબદાર રહીશ.

દર્દીની સહી: _____ તારીખ: _____

અથવા કાનૂની વાલીની સહી (જો લાગુ પડતું હોય તો): _____ તારીખ: _____

દર્દી સાથેનો સંબંધ: _____ તારીખ: _____

કૃપા કરીને ઉપરના સરનામે તમારી અરજી મેઇલ કરો, 312-871-3350 પર ફેક્સ કરો અને અથવા MyChart (પેશન્ટ પોર્ટલ) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> દ્વારા દસ્તાવેજો અપલોડ કરો જો તમને કોઈ પણ પ્રશ્ન હોય, તો કૃપા કરીને અમારા ગ્રાહક સેવા કેન્દ્રનો સોમવારથી શુક્રવાર ઈસ્ટર્ન ટાઇમ પ્રમાણે સવારે 9 થી સાંજે 5 વાગ્યે 800-494-5797 પર સંપર્ક કરો.