



వ్యక్తిగత & గోప్యమైనది

ప్రియమైన patient,

మీ ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాతగా Trinity Health Mid-Atlantic ని ఎంచుకున్నందుకు ధన్యవాదాలు. దయచేసి మీ ఆర్థిక సహాయం యొక్క మూల్యాంకనాన్ని పూర్తి చేయడానికి జతచేయబడిన దరఖాస్తును పూర్తి చేసి, దిగువ చిరునామాకు తిరిగి పంపండి.

మీకు ఏవైనా సందేహాలుంటే, దయచేసి మా కస్టమర్ సేవా కేంద్రాన్ని 800-494-5797లో సంప్రదించండి, సోమవారం నుండి శుక్రవారం ఉదయం 9:00 - సాయంత్రం 5:00 గంటల మధ్య ప్రాచ్య సమయం.

భవదీయులు,

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

**ఆర్థిక సహాయం కోసం గోప్యమైన దరఖాస్తు**

**దయచేసి దరఖాస్తు ఫారమ్‌ను పూర్తి చేసి సంతకం చేయండి మరియు కింది వాటి కాపీలతో సహా 10 రోజులలోపు తిరిగి ఇవ్వండి:**

**అవసరమైన ధృవీకరణలు**

- గత ఒక నెల స్థూల ఆదాయ రుజువు
- అన్ని పేజీలతో సహా అన్ని బ్యాంక్ ఖాతాల కోసం గత రెండు నెలల పూర్తి బ్యాంక్ స్టేట్మెంట్‌లు (రికరింగ్ డిపాజిట్ కోసం వివరణ)
- ఇటీవలి పన్ను రిటర్న్‌లు (షెడ్యూల్ C, E లేదా F తో కూడిన 1040 ఫారమ్) లేదా మూడు నెలల లాభం మరియు నష్టాల స్టేట్‌మెంట్‌లు (స్వయం ఉపాధి/ఆధారపడిన వారికి)

**వర్తిస్తే, కింది వాటిని అందించండి**

- సీజనల్ ఆదాయం కోసం ఇటీవలి W2
- నిరుద్యోగ భృతి/ తిరస్కరణ లేఖ
- పిల్లల మద్దతు ఆదాయం/భరణం
- ఆదాయం లేదు - దరఖాస్తు యొక్క పూర్తి ఆర్థిక సహాయ పత్రం

**రోగి సమాచారం**

రోగి పేరు		పుట్టిన తేదీ	
సామాజిక భద్రత/EIN నంబర్ (ఐచ్ఛికం)	మొబైల్ ఫోన్	ఇతర ఫోన్	
మెయిలింగ్ చిరునామా	నగరం	రాష్ట్రం	జిప్ కోడ్
ఇమెయిల్ చిరునామా	మీరు ఏ రాష్ట్ర నివాసి?		

వైవాహిక స్థితి  ఒంటరి  వివాహితులు  విడాకులు పుచ్చుకున్నారు  ఇతరం \_\_\_\_\_

మీరు ఫెడరల్ టాక్స్ రిటర్న్ పైల్ చేస్తారా? <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు లేదు అయితే, ఎందుకు?	మీరు వేరొకరి పన్ను రిటర్న్ పై ఆధారపడినట్లు క్లెయిమ్ చేయవచ్చా? <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు
--	--

సేవ సమయంలో మీకు లేదా మీపై ఆధారపడిన వారికి ఆరోగ్య బీమా కవరేజీ ఉందా?  
 అవును  కాదు (బీమా కార్డ్ కాపీని అందించండి)

మీరు యునైటెడ్ స్టేట్స్ లో డాక్యుమెంట్ చేయబడిన నివాసిగా ఉన్నారా?  
 అవును  కాదు  సమాధానం ఇవ్వకుండా ఉండటం ఇష్టపడతారు

మీ ఇటీవలి పన్ను రిటర్నల ఆధారంగా మీతో సహా కుటుంబ సభ్యులు	పుట్టిన తేదీ	రోగితో బంధుత్వం	పన్ను రిటర్న్ పై క్లెయిమ్ చేయబడింది (అవును/కాదు)

**కుటుంబ సభ్యులందరికీ ఆదాయ ధృవీకరణ**

నెలవారి ఆదాయ మూలం	దీనిని ఎవరు అందుకుంటారు?	స్థూల నెలవారి ఆదాయం (పన్నులకు ముందు)	నెలవారి ఆదాయ మూలం	దీనిని ఎవరు అందుకుంటారు?	స్థూల నెలవారి ఆదాయం (పన్నులకు ముందు)
సామాజిక భద్రత/వైకల్యం			కార్మికులు పరిహారం		
పెన్షన్			నిరుద్యోగం		
స్వయం-ఉపాధి			పిల్లల మద్దతు/భరణం		
ప్రజా సహాయం			అద్దె భూమి ఆదాయం		
ఇతరం					

**ఆర్థిక మద్దతు లేఖ - మద్దతు అందించే వ్యక్తి మాత్రమే పూర్తి చేయాలి**

- నేను రోగి యొక్క జీవన వ్యయాలకు 50% కంటే ఎక్కువ సహాయాన్ని అందిస్తాను, కానీ నేను వైద్య బిల్లులకు సహాయం చేయలేకపోతున్నాను.
- ఈ లేఖపై సంతకం చేయడం ద్వారా, పై స్టేట్మెంట్ సరైనదేనని మరియు రోగి బిల్లులకు నేను ఏ విధంగానూ బాధ్యత వహించనని ధృవీకరిస్తున్నాను. మీకు ఏవైనా సందేహాలు ఉంటే, దయచేసి నన్ను \_\_\_\_\_ (ఫోన్ నంబర్)లో సంప్రదించండి

మద్దతును అందించే వ్యక్తి పేరు	రోగితో బంధుత్వం
మద్దతును అందించే వ్యక్తి సంతకం	తేదీ

ఆదాయం మరియు గుర్తింపు యొక్క ధృవీకరణ

ఈ దరఖాస్తులో జాబితా చేయబడిన సమాచారం నిజమని మరియు నాకు తెలిసినంత వరకు పూర్తిగా ఉన్నదని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను. అందించిన సమాచారం ధృవీకరణకు లోబడి ఉంటుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. పైన పేర్కొన్న సమాచారం తప్పుడు నెపంతో అందించబడితే Trinity Health అనుబంధ సంస్థల వద్ద అందించబడిన ఏవైనా సేవలకు తిరిగి చెల్లించడానికి నేను బాధ్యత వహిస్తాను.

రోగి సంతకం: \_\_\_\_\_ తేదీ: \_\_\_\_\_

లేదా చట్టపరమైన సంరక్షకుని సంతకం (వర్తిస్తే): \_\_\_\_\_ తేదీ: \_\_\_\_\_

రోగితో బంధుత్వం: \_\_\_\_\_ తేదీ: \_\_\_\_\_

దయచేసి మీ దరఖాస్తును ఎగువ చిరునామాకు మెయిల్ చేయండి, 312-871-3350కి ఫ్యాక్స్ చేయండి మరియు లేదా MyChart (రోగి పోర్టల్) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> ద్వారా పత్రాలను అప్‌లోడ్ చేయండి మీకు ఏవైనా ప్రశ్నలు ఉంటే, దయచేసి మా కస్టమర్ సేవా కేంద్రాన్ని 800-494-5797లో సోమవారం నుండి శుక్రవారం వరకు ఉదయం 9 గంటల నుండి సాయంత్రం 5 గంటల వరకు సంప్రదించండి ప్రాచ్య సమయం.