

ફાઇનાન્શિયલ અસિસ્ટન્સ પોલિસી

સૂચનાઓ: જ્યાં સુધી અન્યથા નોંધવામાં ન આવે ત્યાં સુધી તમામ ક્ષેત્રો પૂર્ણ કરવા આવશ્યક છે.

મેડિકલ રેકૉર્ડ નંબર: _____

દર્દીની માહિતી

છેલ્લું નામ, પ્રથમ નામ

જન્મ તારીખ:

શેરીનું સરનામું

શહેર, રાજ્ય, ઝીપ કોડ

સામાજિક સુરક્ષા નંબર

ઘરનો ફોન નંબર

વૈકલ્પિક ફોન નંબર

બાંધધરી આપનારની માહિતી

છેલ્લું નામ, પ્રથમ નામ

જન્મ તારીખ:

આવકનો સ્ત્રોત

છેલ્લા 12 મહિનાની વાર્ષિક પારિવારિક આવક

સામાજિક સુરક્ષા નંબર

જો આવક \$0 છે, તો કૃપા કરીને નીચેનામાંથી એક પસંદ કરો:

- અક્ષમ કરેલ છે
- બેઘર
- મિત્ર(ઓ) સાથે રહે છે

- સંબંધીઓ સાથે રહે છે
- નિવૃત્ત છે
- બેરોજગાર

ઘરના લોકોની સંખ્યા

ઘરમાં 21 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના બાળકોની સંખ્યા

ફાઇનાન્શિયલ અસિસ્ટન્સ પોલિસી

કાર/બોટ/RV સહિત ઘરના વાહનો

સેવિંગ્સ એકાઉન્ટ બેલેન્સ તપાસી રહું છે

માલિકીની ભિલકતો અને મૂલ્યો

CD/નિવૃત્તિ/ઇન્વેસ્ટમેન્ટ એકાઉન્ટ બેલેન્સ

અન્ય અસ્કયામતો

કૃપા કરીને સહી કરતા પહેલા વાંચો. હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં આપેલી માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણ મુજબ સાચી અને સચોટ છે. હું સ્વતંત્ર રીતે અથવા હોસ્પિટલ કર્મચારીઓની સહાયથી કોઈપણ અને તમામ સહાય માટે અરજી કરીશ જે આ હોસ્પિટલ બિલ ચૂકવવામાં મદદ કરવા માટે સમવાયી, રાજ્ય, સ્થાનિક સરકાર અને ખાનગી સ્ત્રોતો દ્વારા ઉપલબ્ધ હોઈ શકે છે. હું સમજું છું કે જો હું વિનંતી કરેલ માહિતી પ્રદાન કરવામાં મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતા સાથે સહયોગ ન કરું, તો સંભવિત નાણાકીય સહાય માટે મારી અરજી નકારવામાં આવી શકે છે. હું આ દ્વારા પરવાનગી આપું છું અને મેડિકેડ પ્રોગ્રામના કોઈપણ માન્યતા પ્રાપ્ત એજન્ટને મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતાને મારી મેડિકેડ એપ્લિકેશનની સ્થિતિ અને જો એપ્લિકેશનમંજૂર ન થાય તો અને નામંજૂર થવાના કારણ અંગેની તમામ માહિતીને જાહેર કરવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું ઉપરોક્ત સ્ત્રોતોમાંથી પ્રાપ્ત થયેલા તમામ ભંડોળ મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતાને સોંપીશ, જે આ હોસ્પિટલના બિલમાં મદદ કરવા માટે આપવામાં આવે છે. હું, મારા પોતાના વતી, અને મારા નજીકના કુટુંબના સભ્ય(સભ્યો), અધિકૃત પ્રતિનિધિ(ઓ), ચિકિત્સક(કો), કાઉન્સેલર(સી) (પાદરીઓ સહિત), અને વકીલ(લો) માટે, મારી અને મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતા દ્વારા મને આપવામાં આવતી સેવાઓને લગતી બાબતો અંગે મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતા વચ્ચેની કોઈપણ લેખિત વાતચીત અને/અથવા મૌખિક ચર્ચાઓને સખત વિશ્વાસમાં રાખવા અને જાળવવા માટે હું સંમત છું. હું સમજું છું કે હું જે માહિતી સબમિટ કરું છું તે કેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ સહિત મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતા દ્વારા ચકાસણીને આધીન છે અને સમવાયી અને/અથવા રાજ્ય એજન્સીઓ અને અન્યો દ્વારા આવશ્યકતા મુજબ સમીક્ષાને આધીન છે. હું મારા નિયોક્તાને મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતાને મારી આવકનો પુરાવો આપવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું સમજું છું કે મેં આપેલી કોઈપણ માહિતી ખોટી સાબિત થશે, તો મારા હોસ્પિટલ પ્રદાતા મારી નાણાકીય સ્થિતિનું પુનઃમૂલ્યાંકન કરશે અને જે પણ યોગ્ય હશે તે કાર્યવાહી કરશે. સહાય માટે લાયક બનવા માટે, ઘરની આવકની ચકાસણી કરતા સહાયક દસ્તાવેજોનો ઓછામાં ઓછો એક ભાગ જરૂરી હોઈ શકે છે. સહાયક દસ્તાવેજોમાં તાજેતરના વર્ષનું ટેક્સ રિટર્ન, વર્તમાન W-2, નોટરાઇઝ્ડ પત્ર વગેરેનો સમાવેશ થઈ શકે છે, પરંતુ તે તેના સુધી મર્યાદિત નથી. જો સહાયક દસ્તાવેજો પૂરા પાડવામાં ન આવે તો સહાય માટેની વિનંતીઓ નકારી શકાય છે. કોઈપણ અવેતન બેલેન્સ વધુ વસૂલાતની કાર્યવાહી માટે પાત્ર હશે. [ફ્લોરિડા અરજદારોનું રાજ્ય: ફ્લોરિડા કાનૂન §.817.50 (1). આ રાજ્યની કોઈપણ હોસ્પિટલમાંથી જે કોઈ, જાણી જોઈને અને છેતરપિંડી કરવાના ઈરાદાથી, સામાન, ઉત્પાદનો, વેપારી અથવા સેવાઓ મેળવવાનો પ્રયાસ કરશે, તે §.775.082 અથવા §.775 માં પૂરી પાડવામાં આવેલ શિક્ષાને પાત્ર બીજા ડિગ્રીના દુષ્કર્મ માટે દોષિત રહેશે. -083.]

અરજદાર / બાંધધરી આપનારની સહી

પૂર્ણ થવાની તારીખ

તમારી એપ્લિકેશન કેવી રીતે સબમિટ કરવી

મેલ	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193
ઈમેલ	Financialassist@medsrv.co (ઇમેઇલ એડ્રેસમાં સમયગાળા પછી માત્ર બે અક્ષરો)
પેશન્ટ પોર્ટલ	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App
પ્રશ્નો છે?	800-462-0490

