



હોસ્પિટલ નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ (Financial Assistance Program) અરજીપત્ર
P.O. Box 748733
Atlanta, Georgia 30374
ફોન: 470-245-9998

દર્દીની માહિતી U.S. નિવાસી: હા ના

મેડિકલ રેકોર્ડ નંબર (Medical Record Number, MRN): _____ સુવિધાનું નામ: _____
દર્દીનું નામ: _____ SS#: _____ જન્મતારીખ: _____

બાંધણી આપનાર અને જીવનસાથી માહિતી વિવાહિત છૂટાછેડા લીધેલ અલગ થયેલ વિધવા સિંગલ

બાંધણી આપનારનું નામ: _____ SS#: _____ દર્દી સાથે સંબંધ: _____

જન્મતારીખ: ____ / ____ / ____ ઘરનું સરનામું: _____

ફોન #: (____) _____ અન્ય ફોન: (____) _____

એમ્પ્લોયર 1: _____ સરનામું: _____

કાર્ય #: _____ પદ: _____ વાર્ષિક અથવા ક્લાક દીઠ વેતન: _____ કુલ ટાઇમ, પાર્ટ ટાઇમ અથવા બેરોજગાર (એક પર વર્તુળ કરો)

એમ્પ્લોયર 2: _____ સરનામું: _____

કાર્ય #: _____ પદ: _____ વાર્ષિક અથવા ક્લાક દીઠ વેતન: _____ કુલ ટાઇમ, પાર્ટ ટાઇમ અથવા બેરોજગાર (એક પર વર્તુળ કરો)

પત્ની/પતિનું નામ: _____ SS#: _____ જન્મતારીખ: ____ / ____ / ____

એમ્પ્લોયર 1: _____ સરનામું: _____

કાર્ય #: _____ પદ: _____ વાર્ષિક અથવા ક્લાક દીઠ વેતન: _____ કુલ ટાઇમ, પાર્ટ ટાઇમ અથવા બેરોજગાર (એક પર વર્તુળ કરો)

એમ્પ્લોયર 2: _____ સરનામું: _____

કાર્ય #: _____ પદ: _____ વાર્ષિક અથવા ક્લાક દીઠ વેતન: _____ કુલ ટાઇમ, પાર્ટ ટાઇમ અથવા બેરોજગાર (એક પર વર્તુળ કરો)

કાનૂની આશ્રિતો (ફક્ત તે જ આશ્રિતોની સૂચિ બનાવો કે જેનો તમારા ફેડરલ ટેક્સ ફોર્મ પર દાવો કરી શકાય)			
નામ (પ્રથમ, મધ્ય, છેલ્લું)	જન્મતારીખ (મમ/દિદિ/વવ)	સંબંધ	
	____ / ____ / ____		શું તમે Medicaid માટે અરજી કરી છે? હા ના _____
	____ / ____ / ____		શું તમે કોબરા માટે યોગ્ય છો? હા _____ ના _____
	____ / ____ / ____		
	____ / ____ / ____		

મિલકત અને અન્ય આવકનાં સ્ત્રોતો

ચેકિંગ બેલેન્સ: \$ _____ બેંકનું નામ: _____ સેવિંગ્સ બેલેન્સ: \$ _____ બેંકનું નામ: _____

મની માર્કેટ બેલેન્સ: \$ _____ બેંકનું નામ: _____ સોશિયલ સિક્યુરિટી: \$ _____ માસિક પેન્શન: \$ _____

ભરણપોષણ: \$ _____ ચાઇલ્ડ સપોર્ટ: \$ _____ CDs: _____

અન્ય કોઈપણ મિલકત, એટલે કે સ્ટોક, બોન્ડ વગેરે. પ્રકાર: _____ મૂલ્ય (\$): _____

શું તમને વિદ્યાર્થી લોન રિફંડ મળે છે? હા અથવા ના (એક પર વર્તુળ કરો) વિદ્યાર્થી રિફંડની રકમ: \$ _____

શું તમે છેલ્લા 3 વર્ષમાં નાદારી નોંધાવી છે? હા અથવા ના (એક પર વર્તુળ કરો) જો હા, તો તારીખ આપો: ____ / ____ / ____

શું તમારી પાસે કોઈ ભાડાની મિલકત છે? હા અથવા ના (એક પર વર્તુળ કરો) જો હા, તો માસિક આવક કેટલી છે? \$ _____ મિલકતની કિંમત: \$ _____

Wellstar Health System તે દર્દીઓને નાણાકીય સહાયતા પૂરી પાડવામાં પ્રતિબદ્ધ છે જેમણે Wellstar Health આવશ્યક તબીબી સારવાર લીધી છે, પરંતુ તેમના માટે તે સારવારનો ખર્ચ ચૂકવવા માટે મર્યાદિત અથવા કોઈ સાધન નથી. Wellstar તમામ વ્યક્તિઓને તાત્કાલિક તબીબી સારવાર પૂરી પાડશે, ભલે તેઓ ચૂકવણી કરવાની ક્ષમતા ધરાવતા હોય અથવા તેના નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ (Financial Assistance Program) હેઠળ પાત્રતા ધરાવતા હોય કે નહીં.

Wellstar hospital માટે નાણાકીય સહાયતા મેળવવા માટે, જાહેર અને ખાનગી યુકવણી કાર્યક્રમોમાંથી યુકવણી અથવા કવરેજના વૈકલ્પિક સ્ત્રોતોને ઓળખવામાં અને નિર્ધારિત કરવામાં વેલસ્ટાર સાથે સહકાર આપવો જરૂરી છે. નાણાકીય સહાયતા મેળવવા માટે, નીચેની બાબતો જરૂરી છે:

અરજીની માહિતી:

નાણાકીય સહાય માટે સાચી, સચોટ, સહી કરેલી અને પૂર્ણ થયેલી અરજી સુપરત કરવી; અને નાણાકીય સહાય માટેના તમામ અરજદારોએ નિમ્નલિખિત બાબતો પૂરી પાડીને ઘરગથ્થુ આવક અને ઘરગથ્થુ અસ્કયામતોનો પુરાવો પૂરો પાડવાનો રહેશે:

સૌથી તાજેતરના ઇન્ટરનલ રેવન્યુ સર્વિસ (Internal Revenue Service, IRS) ફોર્મ 1040 અને IRS W-2/1099 (જો લાગુ પડે) જે ગયા વર્ષે જારી કરાયું હતું તે IRS ફોર્મ 1040 સાથે મેળ ખાતું હોવું જોઈએ

હાલની નાણાકીય સ્થિતિને આધારે નીચેના દસ્તાવેજો આપો:

- તાજેતરના ત્રણ (3) મહિનાના પેચેક સ્ટબ્સ અથવા એમ્પ્લોયરના સ્ટેટમેન્ટ જે ગ્રોસ વેતનની પુષ્ટિ કરે છે, તેમજ દરેક ચેકિંગ, બચત, મની માર્કેટ અથવા ઘરના અન્ય બેંક અથવા રોકાણ ખાતા માટે સૌથી તાજેતરના બે (2) મહિનાના બેંક સ્ટેટમેન્ટ પૂરા પાડો. બધા પાનાં, ખાલી પાનાં સહિત. અથવા
- સૌથી તાજેતરમાં ભરેલું IRS ફોર્મ 1040 (બધા સમયપત્રકો સહિત) અને IRS W-2/1099 (જો લાગુ પડે) જે ગયા વર્ષે જારી કરવામાં આવ્યું હતું અને તે IRS ફોર્મ 1040 સાથે મેળ ખાતું હોય.

વધારાના દસ્તાવેજો (જો લાગુ હોય તો)

- બધા અન્ય આવક માટે તાજેતરના બે (2) મહિનાના લેખિત નિવેદનો (દા.ત., બેરોજગારી ભથ્થું, વિકલાંગતા, નિવૃત્તિ, વિદ્યાર્થી ધિરાણ, સોસિયલ સિક્યોરિટી ઓફિસથી એવોર્ડ લેટર, તમામ સ્વરોજગાર અરજદારો માટે વર્તમાન નફો અને નુકસાનનો રિપોર્ટ, કોર્ટ દ્વારા આદેશિત ભરણપોષણ દસ્તાવેજીકરણ, કોર્ટ દ્વારા આદેશિત બાળક સહાયતા દસ્તાવેજીકરણ અથવા પરિવાર માટે બેનિફિટ કાર્ડ એકિટવિટી સ્ટેટમેન્ટ (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), વગેરે)
- જો 3 મહિના કરતાં ઓછા સમયથી બેરોજગાર હોવ તો - અગાઉના એમ્પ્લોયર પાસેથી અલગ થવાની સૂચના
- જો 3 મહિના કરતાં વધુ સમયથી બેરોજગાર હોય—વેતન તપાસ (શ્રમ વિભાગ (Department of Labor))
- બેરોજગારી વળતર અસ્વીકાર પત્ર
- સંપત્તિના મૂલ્યોના દસ્તાવેજો, જેમાં કોઈ મર્યાદા વગર મિલકત કરના સ્ટેટમેન્ટસ, ડિપોઝિટના પ્રમાણપત્રો અને અન્ય રોકાણના સ્ટેટમેન્ટનો સમાવેશ થાય છે
- જે વ્યક્તિઓ દર્દીને આવક અથવા સ્વરૂપે સહાયતા આપે છે તેમના તરફથી યોગદાન સ્ટેટમેન્ટ
- દસ્તાવેજો પર કોઈ ફેરફાર અથવા સુધારાની મંજૂરી નથી.

તમારી અરજીને પ્રક્રિયા કરવા માટે આ માહિતી 30 દિવસની અંદર મળવી જોઈએ. Wellstar Health System નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ (Financial Assistance Program) હેઠળ નાણાકીય સહાયતા સમીક્ષા માટે પાત્ર ખાતાઓએ પ્રથમ ડિસ્ચાર્જ પછીના બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટની તારીખથી 240 દિવસની અંદર પૂર્ણ થયેલી અરજીઓ સબમિટ કરવી આવશ્યક છે. જો તે અનુપાલન ન કરે તો Wellstar તમારા ખાતાને નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ (Financial Assistance Program) માટે પ્રક્રિયા ન કરવાનો અધિકાર રાખે છે. તમે આ અરજી અંગેના પ્રશ્નો અથવા સહાય માટે Wellstar સંપર્ક કરી શકો છો:

Single Billing Office (SBO) Financial Assistance Program (FAP) Department, P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374, ફેક્સ નંબર: 770-792-1737 અથવા ફોન નંબર: 470-245-9998

ટિપ્પણીઓ:

હું આથી વિનંતી કરું છું કે Wellstar તેના નાણાકીય સહાય કાર્યક્રમ (Financial Assistance Program) માટે મારી પાત્રતા નક્કી કરે. હું સમજું શકું છું કે મારી વાર્ષિક આવક અને કુટુંબના કદ વિશેની માહિતી, જે હું સબમિટ કરું છું, તેની ચકાસણી કરવી જરૂરી છે. હું આ પણ સમજું છું કે જો મેં સબમિટ કરેલી માહિતી ખોટી સાબિત થાય છે, તો આ રીતે કરવામાં આવેલ નિર્ધારણ મારું આર્થિક સહાયતા માટે પાત્રતા નકારવામાં આવશે. હું મારા Wellstar એકાઉન્ટ શુલ્કની યુકવણી માટે ઉપલબ્ધ કોઈપણ સહાય (એટલે કે, Medicaid, Medicare, સ્ટેટ એઇડ (કેન્સર માટે), વ્યાવસાયિક પુનર્વસન, વીમો, વગેરે) માટે અરજી અને સ્ક્રીનીંગ પ્રક્રિયાનું પાલન કરવા માટે વધુ સંમત છું. આવી સહાય મેળવવા માટે જે પણ પગલાં જરૂરી ગણાશે તેમાં હું સંપૂર્ણ સહકાર આપીશ અને વેલસ્ટાર યાર્જીસ માટે વસૂલ કરેલી રકમ Wellstar સોંપીશ અથવા ચૂકવીશ. હું નાણાકીય સહાય કાર્યક્રમ (Financial Assistance Program) ગોઠવણ કર્યા પછી બાકી રહેલ કોઈપણ બેલેન્સ ચૂકવવા માટે સંમત છું. આ કાયદાને અનુસરી ન શકતા કોઈ પણ નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ (Financial Assistance Program)ની ડિસ્કાઉન્ટ પરત ખેંચાઈ શકે છે. પૂર્ણ થયેલ નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ (Financial Assistance Program)નું અરજપત્ર પ્રતિ જામીનદાર લાગુ પડે છે

“હું ખાતરી આપું છું કે ઉપર આપેલી માહિતી મારી જાણ મુજબ સાચી અને બરાબર છે.”

બાંધકારી આપનારની સહી: _____ તારીખ: _____

વિનંતી કરેલ દસ્તાવેજોના બદલામાં સ્વીકાર્ય પરિસ્થિતિઓ અને વધારાના દસ્તાવેજો:

- જો વર્તમાન વર્ષની આવક કરના રિટર્નમાં દર્શાવેલી આવક કરતાં ઓછી હોય, તો ફૂપા કરીને બે મહિનાના બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ (કોઈ પાનાં છૂટા ન હોય) અને 3 મહિના સુધીના પગારના સ્ટબ્સ આપો, ટેક્સ રિટર્નના બદલે.

જો તમે તાજેતરના ફેડરલ આવક કર રિટર્નની નકલ સાથે બધા W-2, 1099 અને અન્ય કોઈ પણ શેડ્યૂલ્સ આપી શકતા નથી, તો નીચેના પૈકી બે પૂરો પાડો:

- તાજેતરના ત્રણ (3) મહિનાના પગારના સ્ટબ્સ (અથવા બેરોજગારીનો પ્રમાણપત્ર) આપો અને તમામ ચેકિંગ, બચત, મની માર્કેટ એકાઉન્ટ્સ માટે બે (2) વર્તમાન બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ (કોઈ પાનાં છૂટા ન હોય) પૂરા પાડો.
 - જો બેંક ખાતામાં વધારાની થાપણો હોય, તો અમને તે થાપણો માટે સહાયક દસ્તાવેજોની જરૂર પડશે.
 - ભેટમાં આપેલી અથવા ઉધાર લીધી હોય તેવી રકમ માટે, રકમ આપનાર વ્યક્તિ અથવા ધિરાણ આપનારની ચિઠ્ઠી.
 - વારસામાં મળેલી રકમ માટે, રકમના પુરાવા તરીકે પ્રોબેટ લેટર.
 - IRA, 401k, અથવા અન્ય નિવૃત્તિ વિતરણો, અથવા સ્ટોક્સ/બોન્ડ્સ વેચાણ માટે, વિતરિત રકમની પુષ્ટિ માટે તે ખાતાની સ્ટેટમેન્ટ.
 - જીવન વીમાના લોન માટે, વિતરણ બતાવતી તે ખાતાનું સ્ટેટમેન્ટ.
 - કારના વેચાણ માટે, વેચાણના બિલની નકલ.
 - બાળ સહાય માટે, નિર્ધારિત બાળ સહાય દર્શાવતો છૂટાછેડાની ડિક્લીની નકલ.
 - જ્યાં નોકરીના પગારના સ્ટબ્સ મળતા નથી, ત્યાં એમ્પ્લોયર તરફથી (ભલે તે મિત્ર અથવા પરિવારના સભ્ય હોય) ચુકવણીની રકમ અને ચુકવણીની આવૃત્તિ દર્શાવતી ચિઠ્ઠી.
 - જો છેલ્લા 3 મહિનામાં તમારી પાસે કોઈ આવક નથી, તો જે વ્યક્તિ તમને મદદ કરી રહી છે તેમનું સમર્થનપત્ર અને જો તમારું સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર હોય તો મજૂર વિભાગની વેતન તપાસ પૂરી પાડો.
- અન્ય પરિસ્થિતિઓ:
- દર્દી એ બાળકો સાથે રહેતા માતા-પિતા છે અને બાળકો તેમના માતા-પિતાને ટેક્સ રિટર્નમાં નિર્ભર તરીકે દર્શાવી રહ્યા છે.
 - ફૂપા કરીને તમારા બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ, રોજગારના પગારના સ્ટબ્સ અને સમર્થનપત્ર આપો.
 - દર્દી બેઘર છે.
 - ફૂપા કરીને વેતન તપાસ આપો અથવા...
 - જો તમને રોકડમાં ચુકવણી કરવામાં આવે છે, તો અમારે તમારી આવકનું સ્ટેટમેન્ટ અને તમે જેની સાથે રહો છો તેના સમર્થન પત્રની જરૂર છે.
 - દર્દી/અરજદારની ઉંમર એકવીસ વર્ષથી ઓછી છે અને તે અન્ય કોઈના ટેક્સ રિટર્ન પર આધારિત છે.
 - ફૂપા કરીને તમારા માતા-પિતાના ટેક્સ રિટર્ન, W-2's, 1099's અને બધા શેડ્યૂલ્સ પૂરા પાડો.
 - જો માતા-પિતાએ ટેક્સ ફાઇલ નથી કર્યું, તો ફૂપા કરીને તેમના બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ અને પગારના સ્ટબ્સ પૂરા પાડો.