



વેલસ્ટાર આરોગ્યવ્યવસ્થા  
હોસ્પિટલનાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ અરજી  
સુધારણા તારીખ: 6/21/2016

LD-24-01-JA4H Gujarati Rev 6/16

P.O Box 670747  
Marietta, Georgia 30066  
ફોન: 770-792-1791

દર્દીની માહિતી યુ.એસ. રહેવા સી  હા  ના

એકાઉન્ટ નંબર: \_\_\_\_\_ કોર્પોરેટ: \_\_\_\_\_

નામ: \_\_\_\_\_ એસએસ#: \_\_\_\_\_ જન્મ તારીખ: \_\_\_\_\_

બાંધકારી આપનાર અને જીવન સાથીની માહિતી પરણિત  છુટાછેડા લીધેલ  અગલથયેલ  વિધવા

નામ: \_\_\_\_\_ એસએસ#: \_\_\_\_\_ દર્દી સાથે સંબંધ: \_\_\_\_\_

જન્મ તારીખ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ધરનું સરનામું: \_\_\_\_\_

ફોન #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ અન્ય ફોન: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

નિયોક્તા: \_\_\_\_\_ સરનામું: \_\_\_\_\_

કામ #: \_\_\_\_\_ સ્થાન: \_\_\_\_\_ વાર્ષિક અથવા કલાકનું વેતન: \_\_\_\_\_ કાર્ય માટે પૂર્ણ અથવા આંશિક-સમય (કોઈ એક પર વર્તુળ કરો)

જીવન સાથીનું નામ: \_\_\_\_\_ એસએસ#: \_\_\_\_\_ જન્મ તારીખ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

નિયોક્તા: \_\_\_\_\_ સરનામું: \_\_\_\_\_

કામ #: \_\_\_\_\_ સ્થાન: \_\_\_\_\_ વાર્ષિક અથવા કલાકનું વેતન: \_\_\_\_\_ કાર્ય માટે પૂર્ણ અથવા આંશિક-સમય (કોઈ એક પર વર્તુળ કરો)

કાનૂની આશ્રિતો (માત્ર એ જ આશ્રિતોની યાદી કરો જે તમારા ફેડરલ ટેક્સ ફોર્મ પર દાવો કરી શકે છે.)

નામ (પ્રથમ, મધ્ય, છેલ્લું)	જન્મ તારીખ (મહિનો/તારીખ/વર્ષ)	સંબંધ
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

તમે મેડીકેઇડ માટે અરજી કરી છે?  
હા  ના

તમે કોબ્રા માટે લાયક થયા છો?  
હા  ના

મિલકતો અને અન્ય આવક સ્ત્રોતો

ચેકિંગ બેલેન્સ \$ \_\_\_\_\_ બેન્ક નું નામ: \_\_\_\_\_ સેવિંગ્સ બેલેન્સ \$ \_\_\_\_\_ બેન્ક નું નામ: \_\_\_\_\_

માસિક પેન્શન \$ \_\_\_\_\_ સામાજિક સુરક્ષા: \$ \_\_\_\_\_ ઈન્ડિવિડ્યુઅલ રીટાયર્ડ અરેન્જમેન્ટ (IRA) \$ \_\_\_\_\_ ડિપોઝિટના સર્ટિફિકેટ્સ \$ \_\_\_\_\_ બાળકનો સહયોગ \$ \_\_\_\_\_

શું તમને વિદ્યાર્થી લોનનું રીફંડ મળ્યું છે? હા અથવા ના (એક પર વર્તુળ કરો) વિદ્યાર્થી રીફંડ \$ \_\_\_\_\_

નિર્વાહ ખર્ચ \$ \_\_\_\_\_ જમીન માલિક: હા અથવા ના (એક પર વર્તુળ કરો) કિંમત \$ \_\_\_\_\_ અન્ય કોઈ મિલકતો, ઉદા. સ્ટોક્સ, બોન્ડ્સ, 401K \$ \_\_\_\_\_

શું તમે ભાડા મિલકતના માલિક છો? હા અથવા ના (એક પર વર્તુળ કરો) જો હા, તો કેટલી માસિક આવક \$ \_\_\_\_\_ મિલકતની કિંમત શું છે? \$ \_\_\_\_\_

શું તમે છેલ્લા 3 વર્ષમાં નાદારીનો ઘાવવા માટે અરજી કરી છે? હા અથવા ના (એક પર વર્તુળ કરો) જો હા, તો તારીખ આપો: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

શું તમારી પાસે સ્ટોક્સ અથવા બોન્ડ્સ છે? હા અથવા ના (એક પર વર્તુળ કરો) જો હા, તો તેની કિંમત કેટલી? \$ \_\_\_\_\_

વેલસ્ટાર આરોગ્યવ્યવસ્થા એવા દર્દીઓને નાણાકીય સહાયતા પૂરી પાડવા પ્રતિબદ્ધ છે જેઓને વેલસ્ટાર હોસ્પિટલ માટે તબીબી સંભાળની જરૂરીયાત છે પણ તેમની પાસે સંભાળની ચૂકવણી માટે મર્યાદિત સાધન છે અથવા કોઈ સાધન નથી. વેલસ્ટાર તમામ વ્યક્તિઓને તેમની ચૂકવવાની ક્ષમતાને અથવા તેમના નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ હેઠળની લાયકાતને ધ્યાનમાં રાખ્યા વિના તાત્કાલિક તબીબી સંભાળ પૂરી પાડશે.

વેલસ્ટાર હોસ્પિટલ માટે નાણાકીય સહાયતા માટે લાયકાત મેળવવા, ચૂકવણીના વૈકલ્પિક સ્ત્રોત ઓળખવા અને નિર્ધારિત કરવા અથવા જાહેર અને ખાનગી ચૂકવણી કાર્યક્રમો દ્વારા આવરણ માટે વેલસ્ટાર સાથેનો સહકાર જરૂરી છે. નાણાકીય સહાયતા માટે લાયકાત મેળવવાની ચેની બાબતો જરૂરી છે:

### અરજીની માહિતી:

- નાણાકીય સહાયતા માટે સાચી, ચોકસાઈ ભરી, સહી કરેલી અને સંપૂર્ણ અરજી સુપ્રતકરો; અને
- તમામ અરજદારોએ નાણાકીય સહાયતા માટે કુટુંબ દીઠ આવક અને નીચેના માંથી જે લાગુ પડતું હોય તે કોઈ એક અથવા તમામ માટે કુટુંબ દીઠ મિલકતના પુરાવા આપવા જરૂરી છે:

જો સૌથી તાજેતરની ફેડેરલ ઇન્કમેટેક્સ રીટર્નની કોપી પૂરી પાડવા અસમર્થ હોવ તો નીચેના માંથી એક અથવા તમામ બાબતો પૂરી પાડો:

- સૌથી તાજેતરનું ચૂકવવામાં આવેલું ત્રણ (3) મહિનાનું અડધિયું અથવા કુલ વેતનની ચકાસણી માટે નિયોક્તા દ્વારા નિવેદન પૂરું પાડો; અથવા
- છેલ્લા વર્ષ દરમિયાન જારી કરવામાં આવેલું આઈઆરએસ W-2; અથવા
- સૌથી તાજેતરનું આઈઆરએસ ફોર્મ 1040; અથવા
- દરેક ચેકિંગ, સેવિંગ્સ, મની માર્કેટ અથવા અન્ય બેન્ક અથવા રોકાણ એકાઉન્ટ માટે સૌથી તાજેતરનું બે (2) મહિનાનું બેન્ક સ્ટેટમેન્ટ્સ; અથવા
- તમામ અન્ય આવક માટે સૌથી તાજેતરનું બે (2) મહિનાનું લેખિત સ્ટેટમેન્ટ્સ (ઉદાતરીકે, બેરોજગારી વળતર, અપંગતા, નિવૃત્તિ, વિદ્યાર્થીલોન, સમાજ સુરક્ષા ચેરીટી દ્વારા એવોર્ડ પત્ર, તમામ સ્વરોજગાર અરજદારો માટે વર્તમાનન ફા અને નુકસાનનો અહેવાલ, નિર્વાહખર્ચે દસ્તાવેજી કરણ, બાળ સહાય દસ્તાવેજી કરણ, વગેરે); અથવા
- બેરોજગારી વળતર અસ્વીકાર પત્ર; અથવા
- મર્થા દાવિના, મિલકત ટેક્સ પત્રક, ડિપોઝીટના સર્ટીફિકેટ્સ, 401k, 403b, ઇન્વિડ્યુઅલ રીટાયર્ડ અરેન્જમેન્ટ (IRA) અને અન્ય રોકાણ પત્રકો સહિત મિલકતની કિંમતોનું દસ્તાવેજી કરણ; અથવા

વ્યક્તિઓ જેઓ એ દર્દીને આવક અથવા સહાયતાના પ્રકારમાં યોગદાન આપ્યું છે તેઓ દ્વારા યોગદાનના સ્ટેટમેન્ટ્સ તમારી અરજીની પ્રક્રિયા કરવા આ માહિતી મળવી ખૂબ જ જરૂરી છે. જો તમે પ્રથમ રજા આપ્યા પહેલાં બિલ સ્ટેટમેન્ટની તારીખથી 240 દિવસોમાં ઉપરની માહિતી લેખિતમાં આપવામાં નિષ્ફળ ગયા હો તો, વેલસ્ટાર નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમની મંજૂરી માટે તમારા એકાઉન્ટમાં પ્રક્રિયાન કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે. તમેની જે જણાવ્યા સરનામે વેલસ્ટારનો આ અરજી સાથે સહાયતા માટે અને પ્રશ્નો સાથે સંપર્ક કરી શકો છો: એસબીઓએફ એ પી વિભાગ, 805 સેન્ડી પ્લેઇન્સ રોડ, મેરીયેટ્ટા, જ્યોર્જિયા 30067 અથવા અમારો ફોન નંબર: 678-838-5750.

### સૂચનાઓ:

આથી હું વિનંતી કરું છું કે વેલસ્ટાર તેના નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ માટે મારી લાયકાત નિર્ધારિત કરે. હું સમજું છું કે મારી વાર્ષિક આવક અને કુટુંબના કદ અંગે મેં જે માહિતી રજૂ કરી છે તે સાચી હોવી જ જરૂરી છે. હું એ પણ સમજું છું કે જે માહિતી મેં રજૂ કરી છે તે ખોટી નિર્ધારિત થાય, તો નાણાકીય સહાયતા માટેની યોગ્યતાના અસ્વીકારનું પરિણામ નિર્ધારિત થશે. હું મારા વેલસ્ટાર એકાઉન્ટ ખર્ચની ચૂકવણી માટે ઉપલબ્ધ હોઈ શકે તેમાં આગળ કોઈ પણ સહાયતા (જેમ તે મેડીકેઈડ, મેડીકેર, સ્ટેટ એઈડ (કેન્સર માટે), વોકેશનલ રીહેબ, ઈન્જ્યુરિયોન્સ વગેરે) માટે અરજી કરવા સહમત થાઉં છું. હું આવી સહાયતા મેળવવા માટે જરૂરી માનવામાં આવી શકે એવી કોઈ પણ પ્રક્રિયાઓ કરવામાં સંપૂર્ણ સહયોગ આપીશ, અને વેલસ્ટાર ખર્ચ માટે વસૂલ કરવાની રકમ વેલસ્ટારને ચૂકવીશ અથવા સોંપીશ. હું નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમની ગોઠવણી થયા પછી બાકી રહેતા બેલેન્સને ચૂકવવા સહમત થાઉં છું. આમ કરવામાં નિષ્ફળ જતાં તેનું પરિણામ કોઈ નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ ડિસ્કાઉન્ટના વિપરિતમાં પરિણમી શકે છે. એક સંપૂર્ણ નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમ અરજી બંધ કરી આપનાર દીઠ લાગુ પડે છે. હું પ્રતિજ્ઞાલું ઉઠું કે ઉપરોક્ત માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી માટે સાચી અને યોગ્ય છે.

બંધ કરી આપનારની સહી: \_\_\_\_\_ તારીખ: \_\_\_\_\_