

HMH CARRIER CLINIC, INC.

નાણાકિય સહાય કાર્યક્રમ (FAP)

માત્ર PFS ઉપયોગ હેતુ

અરજી મળ્યા તારાખ

આ અરજીપત્રક સાથે ઓળખ, રહેઠાણ, ફેડરલ ટેક્સ રીટર્નસની છેલ્લી નકલ, આવક અને મિલકતનાં પુરાવા જોડવા અનિવાર્ય છે.
કૃપા કરીને વિનંતિ કરાયેલ તમામ દસ્તાવેજોની નકલ મોકલી, અસલ દસ્તાવેજો ન મોકલવા કારણ કે આ દસ્તાવેજો પરત કરવામાં આવશે નહીં.
કોઈપણ સહાય, મદદ અથવા મુંઝવણ અંગે કૃપા કરીને 908-281-1522 પર દૈનિક નાણાકિય સેવા વિભાગનો સંપર્ક કરવો.

I. વ્યક્તિગત માહિતી

HOSPITAL ACCT # _____

દર્દીનું નામ (અટક, નામ, પિતાનું નામ ટૂંકમાં)	વૈવાહિક દરજ્જો	સામાજિક સુરક્ષા #
(સરનામું, નંબર, શેરી)	પોતાની માલિકીનું _____	ભાડે કેટલાં સમયથી _____
(શહેર, રાજ્ય, પિનકોડ)	(વિસ્તાર)	
ધરનો ફોન _____	ડટાઈમ ફોન _____	
અરજીપત્રક ભરનારનું નામ	દર્દી સાથે સંબંધ	ટાલફોન નંબર
ગરટરનું નામ (દર્દી સિવાયની વ્યક્તિ માટે)	દર્દી સાથે સંબંધ	ટાલફોન નંબર

II. વીમા અંગેની માહિતી

વીમાનું નામ	સબસ્ક્રાઇબરનું નામ	દર્દી સાથે સંબંધ
જો વીમો ન હોય તો - શું તમે Marketplace દ્વારા હેલ્થ કવરેજ માટે અરજી કરી છે? Marketplace દ્વારા કવરેજ માટે અરજી કરવામાંથી તમને મુક્તિ મળેલી છે?	હા _____ ના _____ હા _____ ના _____	
છેલ્લાં 6 માસમાં તમે ચિકિત્સકિય સહાય માટે અરજી કરી છે? જો હા, તો કૃપા કરીને ઈન્કાર કરાયા અંગેનાં પત્રની નકલ અથવા લાયકાતનો પુરાવો જોડો.	હા _____ ના _____ હા _____ ના _____	
જો ના, તો લાભો મેળવવા માટે અરજી કેવી રીતે કરવી તે અંગે માગંદશન મેળવવા માટે કૃપા કરીને તમારા સ્થાનિક બોર્ડ ઓફ સોશિયલ સર્વિસીઝનો સંપર્ક કરો.		

III. ધર સંબંધી માહિતી (તમારા ધરમાં રહેતાં લોકોની યાદી)

ધરનું કદ _____

દર્દી સહિત ધરમાં રહેતાં લોકોનાં નામ	દર્દી સાથે સંબંધ	વ્યવસાય
	દર્દી	

ધરમાં રહેતાં કાયમી સભ્ય	દર્દી સાથે સંબંધ	વ્યવસાય

IV. ધરની આવક/મિલકતનાં સ્ત્રોત (લોહીનો સંબંધ ધરાવતી/લગ્ન દ્વારા દાખલ થયેલ/દાખલ થયેલ વ્યક્તિઓ સહિત)

ઘરનાં આવક:

માસિક (M) કે વાર્ષિક (A) આવક છે તે કૃપા કરીને જણાવો		દર્દી	બાકીના સભ્યો
પગાર/વેતન કપાત સિવાય	M A	\$	\$
સ્વનિર્ભર (સ્વતંત્ર સ્ત્રોત દ્વારા ચકાસણી કરાયેલ)	M A	\$	\$
સામાજિક સુરક્ષા લાભો	M A	\$	\$
ભરણપોષણ ભથ્થું/બાળ સહાય	M A	\$	\$
અન્ય નાણાકિય સહાય	M A	\$	\$
બેરોજગાર અને કારીગરનું વળતર	M A	\$	\$
નિવૃત્તિ લાભો	M A	\$	\$
પેન્શન ચૂકવણીઓ	M A	\$	\$
વીમા અને વાર્ષિક ચૂકવણીઓ	M A	\$	\$
ડિવિડન્ડ/વ્યાજ	M A	\$	\$
ભાડાની આવક	M A	\$	\$

કુલ

V. અરજીકર્તા દ્વારા પ્રમાણપત્ર

મારા ઘરનાં સભ્યો, આવક અને મિલકત સંબંધી ઉપર દર્શાવેલ વિગતો સાચી અને ખરી છે તે હું પ્રમાણિત કરું છું.

હું સમજું છું કે ઈરાદાપૂર્વક ખોટી રજૂઆત કરવાથી મારે હોસ્પિટલનો તમામ ખર્ચ ભોગવવો પડશે.

હું સમજું છું કે મારી આવક અથવા મિલકત સંબંધી માહિતીમાં કોઈ પણ ફેરફાર થાય તો તે અંગે મારે હોસ્પિટલને જાણ કરવી તે મારી જવાબદારી છે.

દર્દીની સહી

તારીખ

FORM #991 (જાન્યુઆરી, 2019)

ઘરનાં મિલકત:

અન્ય મિલકતો	દર્દી	બાકીના સભ્યો
બચત	\$	\$
ચેકીંગ	\$	\$
થાપણો (CD)	\$	\$
મની માર્કેટ એકાઉન્ટ્સ	\$	\$
બચત પત્રો	\$	\$
સ્ટોક્સ	\$	\$
બોન્ડ્સ	\$	\$
IRA's	\$	\$
401(K)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
અન્ય	\$	\$

કુલ

તૈયાર કરનારની સહી/(દર્દી સાથે સંબંધ)

તારીખ