



કૃપા કરીને નીચે જણાવેલા જરૂરી દસ્તાવેજો સાથે આ અરજી ભરીને, સહી કરીને પાછી આપો:

- આવક (તમારી હાલની આવકને લગતા નીચે દર્શાવેલા તમામ દસ્તાવેજો સહિત):
 - ☐ છેલ્લા 2 ચુકવણી સ્ટબની નકલ અથવા વર્તમાન ટેક્સ વર્ષ માટે ફાઇલ કરવામાં આવેલા W-2 ફોર્મની નકલ જેમાં દર્દી, દર્દીના જીવનસાથી અને/અથવા પરિવારમાં રહેતા દર્દીના ગેરેન્ટર (માતા-પિતા/18 વર્ષ કરતાં ઓછી ઉંમરના બાળકોના કાનૂની વાલી) સામેલ હોવા જોઈએ.
 - ☐ જો સ્વ-રોજગાર કરતા હોય, તો તમારું વર્તમાન ટેક્સ ફોર્મ 1040.
 - ☐ સામાજિક સુરક્ષા/સામાજિક સુરક્ષા વિકલાંગતા અથવા અન્ય વધારાની પારિવારિક આવકના દસ્તાવેજો.
- મોર્ગેજ/ભાડાના બિલની નકલ અથવા જો ધરને હવે મોર્ગેજ કરેલું ન હોય તો મિલકતના ટેક્સના સ્ટેટમેન્ટની નકલ.
- જો તમે તબીબી સહાય માટે અરજી કરી હોય, તો તમારા મંજૂરી અથવા ઇનકાર પત્રની નકલ.

જો તમે ઉપર ઉલ્લેખિત કોઈપણ જરૂરી દસ્તાવેજો પહોંચાડવામાં અસમર્થ હોવ, તો કૃપા કરીને નીચે પૃષ્ઠ 3માં ફોર્મ FAF 116 ભરો.

દર્દીની માહિતી		
અટક:	નામ:	એમ.આઇ.:
સામાજિક સુરક્ષા #:	જન્મ તારીખ:	

ગેરેન્ટર (કાનૂની માતા-પિતા, વાલી અથવા પાવર ઓફ એટર્ની) જો દર્દીની જેમ જ હોય તો છોડીને ભાગ II પર જાઓ; બધા ખાના ભરો.

અટક:	નામ:	એમ.આઇ.:
સામાજિક સુરક્ષા #:	જન્મ તારીખ:	દર્દી સાથેનો સંબંધ:

ભાગ II (દર્દી/ગેરેન્ટરની માહિતી)

શેરીનું સરનામું:	એપાર્ટમેન્ટ:	
શહેર:	રાજ્ય:	ઝીપ:
ઘરનો ફોન: ()	સેલ ફોન: ()	વૈવાહિક સ્થિતિ:
નિયોક્તાનું નામ અને સરનામું:		
માસિક કુલ આવક: \$	માસિક ચોખ્ખી આવક: \$	
હોદ્દો/શીર્ષક:	હાલની નોકરીનો સમયગાળો:	
શું તમે યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સના કાનૂની રહેવાસી છો: હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>		

જીવનસાથી

અટક:	નામ:	એમ.આઇ.:
નિયોક્તાનું નામ/સરનામું:	ફોન #:	
હોદ્દો/શીર્ષક:	હાલની નોકરીનો સમયગાળો:	
માસિક કુલ આવક: \$	માસિક ચોખ્ખી આવક: \$	

પારિવારિક માહિતી (પોતે અને જીવનસાથી સિવાય પરિવારમાં રહેતી દરેક વ્યક્તિનું નામ અને જન્મતારીખ)

નામ:	જન્મતારીખ:	દર્દી સાથે સંબંધ:
નામ:	જન્મતારીખ:	દર્દી સાથે સંબંધ:
નામ:	જન્મતારીખ:	દર્દી સાથે સંબંધ:
નામ:	જન્મતારીખ:	દર્દી સાથે સંબંધ:
નામ:	જન્મતારીખ:	દર્દી સાથે સંબંધ:

પરિવારની વધારાની આવક	
ચેકિંગએકાઉન્ટનુંબેલેન્સ:	માસિક બેરોજગારીની રકમ:
સેવિંગ્સએકાઉન્ટનુંબેલેન્સ:	માસિક સામાજિક સુરક્ષાની રકમ:
જાહેર સહાય/ ફૂડ સ્ટેમ્પ:	માસિક કામદાર વળતરની રકમ:
માસિક/વાર્ષિક પેન્શનની રકમ:	અન્ય કોઈ:

મોર્ગેજ/ભાડું (મોર્ગેજ/ભાડાની ચુકવણીની નકલ જરૂરી છે)	
મોર્ગેજ/ભાડાની ચુકવણી:	

આરોગ્ય વીમાની માહિતી (તમને મળેલા તબીબી સહાય મંજૂરી અથવા ઇનકાર પત્રની નકલ જરૂરી છે)	
કંપનીનું નામ:	અમલની તારીખ:
શું તમે તબીબી સહાય માટે અરજી કરી છે: હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	ક્યારે:
ક્યાં:	કેસકામદારનું નામ અને ફોન #:
પરિણામ/ઇનકારનું કારણ:	

વિકલાંગતાની માહિતી	
શું દર્દી વિકલાંગ છે: હા <input type="checkbox"/> ના <input type="checkbox"/>	વિકલાંગતાનો સમયગાળો:
ફિઝિશિયનનું નામ:	ફિઝિશિયનનો ફોન નંબર:

તૃતીય પક્ષની જવાબદારીઓ (વાહન અકસ્માત, કામદારોનું વળતર, શારીરિક ઈજા અથવા અન્ય કાનૂની દાવા)			
વાહન અકસ્માતના કારણે થયેલી ઈજા/બીમારી	હા <input type="checkbox"/>	ના <input type="checkbox"/>	ઘટનાની તારીખ:
શું તમારાકાર્યસ્થળે ઈજા/બીમારી થઈ હતી?	હા <input type="checkbox"/>	ના <input type="checkbox"/>	ઘટનાની તારીખ:
શું ગુનાના કારણે ઈજા/બીમારી થઈ છે?	હા <input type="checkbox"/>	ના <input type="checkbox"/>	ઘટનાની તારીખ:
શું કાનૂનીપગલાંના કારણે ઈજા/બીમારી થઈ છે?	હા <input type="checkbox"/>	ના <input type="checkbox"/>	ઘટનાની તારીખ:

જ્યાં સુધી ચુકવણીના બધા જ માધ્યમોખર્ચાઈ ન જાય ત્યાં સુધી નાણાકીય સહાય માટે તૃતીય પક્ષ જવાબદારી દાવાઓ અપાત્ર છે. કોઈપણ તૃતીય પક્ષ દાવાને લગતી માહિતી જાહેર કરવામાં નિષ્ફળ રહેવાથીદર્દીને નાણાકીય સહાય માટે અપાત્ર માનવામાં આવશે.

હું જાહેર કરું છું કે મેં આ એપ્લિકેશનની ચકાસણી કરી છે અને મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી મુજબ તેમાં આપેલી તમામ માહિતી અથવા અન્યથા UMMSને પ્રદાન કરવામાં આવી છે તે અને તેની પ્રથાઓ સાચી, ખરી અને સંપૂર્ણ છે. હું સમજું છું કે આ માહિતી ખોટી રીતે રજૂ કરવાથી મને પૂરી પાડવામાં આવતી કોઈપણ નાણાકીય સહાય રદ થઈ શકે છે અને તે પછી તમામ તબીબી ચાર્જ ચુકવવા માટે હું જવાબદાર હોઈશ. આ વિનંતી પર સહી કરીને અને સબમિટ કરીને, હું નાણાકીય સહાય માટેની મારી જરૂરિયાત નક્કી કરવા માટે UMMS અને તેની સુવિધા પ્રથાઓની પરવાનગી આપું છું; જેમાં મારી કેડિટ ફાઇલની સમીક્ષા સામેલ છે. મારા ફિઝિશિયનનાબિલમાંસહાયનાપ્રતિભાવરૂપે મારી નાણાકીય સ્થિતિનું મૂલ્યાંકન કરવાના હેતુથી હું UMMS ને આ માહિતી University Physicians Inc. પ્રકાશિત કરવા અથવા જાહેર કરવાની પરવાનગી આપું છું. હું સમજું છું કે જ્યારે આ અરજી પ્રક્રિયામાં હોય ત્યારે મારી આવક અથવા સંપત્તિના સંદર્ભમાં સ્થિતિમાં કોઈપણ ફેરફાર અંગે UMMSને સલાહ આપવાની જવાબદારી મારી છે.

માતા-પિતા/વાલીની સહી (જરૂરી છે)

તારીખ

જીવનસાથીની સહી (જરૂરી છે)

તારીખ

જો તમને કોઈ પ્રશ્નો હોય અથવા આ અરજી પૂરી કરવા માટે સહાયની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને નાણાકીય સહાય વિભાગનેકોલ કરો. (410) 821-4140, એક્સટેન્શન 2003, સોમવારથી શુક્રવાર, સવારે 8:00 - બપોરે 4:30.

તમે જરૂરી દસ્તાવેજો સાથે આ એપ્લિકેશનને ટપાલ, ઈમેલ અથવા ફેક્સ દ્વારા મોકલી શકો છો:

ટપાલ: UMMS
11311 McCormickRoad, Suite 230
HuntValley, MD 21031
ઈમેલ: CBOService@umm.edu
ફેક્સ: 410-630-5341

હયાતી, નાણાકીય અને આવકના સ્ટેટમેન્ટની ચકાસણી

આ ફોર્મ નાણાકીય સહાય અરજદારે પૂરું કરવાનું રહેશે જેઓ:

- ભોજન અને/અથવા આશ્રય માટે સહાય મેળવે છે
- હાલમાં બેરોજગાર છે
- વાહન અકસ્માત, કામદારોનું વળતર, વ્યક્તિગત ઇજાઓ અથવા અન્ય કોઈ તૃતીય પક્ષ દાવાના કારણે હોસ્પિટલનું બીલ

દર્દીની માહિતી:

નામ: _____ તારીખ: _____

ફોન નંબર: _____ સેલ ફોન નંબર: _____

જન્મ તારીખ: _____ દર્દીની સહી: _____

જો ભોજન અને આશ્રય માટે સહાય મેળવી રહ્યા હોવ, તો નીચેનું પૂરું કરો:

મને _____ પાસેથી સહાય મળી રહી છે, જે મને ભોજન અને આશ્રય માટે સહાય આપી રહ્યાં છે. દર્દી સાથેનો સંબંધ: _____.

(એક ટીક કરો)

_____ મફત રૂમ અને બોર્ડ પ્રદાન કરે છે

_____ હું રૂમ અને બોર્ડ માટે દર મહિને \$ _____ ચુકવું છું

_____ અન્ય હોય તો, કૃપા કરીને નીચે વર્ણન કરો:

જો બેરોજગાર હોવ અને કોઈ આવક ન હોય, તો નીચેનું પૂરું કરો:

(એક ટીક કરો) _____ હું ___/___/___ થી બેરોજગાર છું અને મને ભોજન અને આશ્રયની ઉપરોક્ત સહાય મળી રહી છે. શું પાછા કામ પર પરત ફરવાની અપેક્ષિત તારીખ છે? _____

_____ હું ___/___/___ થી બેરોજગાર છું અને મારી બચત અથવા નાણાકીય અસ્કયામતો પર નિર્ભર છું.

કૃપા કરીને વિગતવાર સમજાવો: _____

શું પાછા કામ પર પરત ફરવાની અપેક્ષિત તારીખ છે? _____

તમને શા માટે બેરોજગારીની આવક નથી મળી રહી?

(એક ટીક કરો) _____ પાત્રતાની મુદત સમાપ્ત થઈ ગઈ છે - દર્દીએ બેરોજગારીના તમામ પાત્ર લાભો ખર્ચીનાખ્યા છે.

_____ પાત્ર નથી, કારણ: _____

જો તમે તૃતીય પક્ષ જવાબદારી દાવો ધરાવો છો (વાહન અકસ્માત, કામદારનું વળતર, વ્યક્તિગત ઇજા) તો નીચેનું પૂરું કરો:

એટર્ની: નામ: _____

સરનામું: _____

ફોન નંબર: _____

વીમા કંપની: નામ: _____

સરનામું: _____

ફોન નંબર: _____

પતાવટની અપેક્ષિત તારીખ: ____/____/____

(ફોર્મ FAF 116)