

નાણાકીય સહાય અરજી

આજની તારીખ ____/____/____	આજનો સમય :	હાલનો દર્દી? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	આમની દ્વારા સંદર્ભિત:
------------------------------	---------------	---	-----------------------

તમારા વિશેની માહિતી			
અટક	પ્રથમ નામ	મધ્ય નામ	જન્મ તારીખ ____/____/____
ઘરનું સરનામું	શહેર	રાજ્ય	ઝિપ કોડ
જાતિ <input type="checkbox"/> પુરુષ <input type="checkbox"/> સ્ત્રી	વેવાહિક સ્થિતિ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> UNK	ઘરનો ફોન () -	સામાજિક સુરક્ષા નં.
યુએસ નાગરિક <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	કાયમો નિવાસી <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	ટિપ્પણી	

રોકબાર માહિતી		
નિયોક્તાનું નામ	કાર્યોભવનો ફોન () -	વ્યવસાય
નિયોક્તાનું સરનામું	શહેર	રાજ્ય ઝિપ કોડ

ઘરનાં સભ્યો		
નામ	ઉંમર	સંબંધ
નામ	ઉંમર	સંબંધ
નામ	ઉંમર	સંબંધ
નામ	ઉંમર	સંબંધ
નામ	ઉંમર	સંબંધ
નામ	ઉંમર	સંબંધ
નામ	ઉંમર	સંબંધ
નામ	ઉંમર	સંબંધ

અન્ય સહાય માહિતી			
શું તમે તબીબી સહાય માટે અરજી કરી છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	હા હોય તો, તમે અરજી કરેલ તારીખ કઈ હતી? ____/____/____	હા હોય તો, નિર્ધારણ શું હતું? <input type="checkbox"/> સ્વીકારેલ <input type="checkbox"/> નકારેલ	ટિપ્પણી
શું તમે કોઈપણ પ્રકારની રાજ્ય અથવા દેશ સહાયતા મેળવી રહ્યા છો? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના		હા હોય તો, કયા પ્રકારની?	

અભ્યવિષિત માહિતી	
શું તમે અપૂરતા વીમા કવરેજને લીધે સહાય મેળવવાની વિનંતી કરી રહ્યા છો?	<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના

વીમા માહિતી			
વીમા કેરિયર 1		વીમા કેરિયર 2	
વીમાનું નામ		વીમાનું નામ	
ID #	સમૂહ#	ID #	સમૂહ#
સબ્સ્ક્રાઇબરનું નામ		સબ્સ્ક્રાઇબરનું નામ	
વીમાનો ફોન # () -	એક્સ્ટેન્શન	વીમાનો ફોન # () -	એક્સ્ટેન્શન

તમામ સ્ત્રોતોમાંથી તમારી માસિક આવક અને અસ્કયામતોની રકમ સૂચિબદ્ધ કરો. તમને કદાચ આવક, અસ્કયામતો અને ખર્ચાઓનો પુરાવો પૂરો પાડવાની જરૂર પડી શકે છે. જો તમારી કોઈ આવક ન હોય, તો કૃપા કરી તમને રહેઠાણ અને ભોજન પૂરા પાડતા વ્યક્તિ પાસેથી એક આધાર પત્ર પૂરું પાડો.

I. કૌટુંબિક આવક	માસિક રકમ	II. પ્રવાહી અસ્કયામતો	ચાલુ સિલક
<input type="checkbox"/> રોજગાર	\$	<input type="checkbox"/> તપાસી ખાતું	\$
<input type="checkbox"/> નિવૃત્તિ/પેન્શન લાભો	\$	<input type="checkbox"/> બચત ખાતું	\$
<input type="checkbox"/> સામાજિક સુરક્ષા લાભો	\$	<input type="checkbox"/> સ્ટોક્સ	\$
<input type="checkbox"/> જાહેર સહાય લાભો	\$	<input type="checkbox"/> બોન્ડ્સ	\$
<input type="checkbox"/> બેરોજગારીના લાભો	\$	<input type="checkbox"/> ડિપોઝિટના પ્રમાણપત્રો (CD)	\$
<input type="checkbox"/> વેટરન્સ લાભો	\$	<input type="checkbox"/> મની માર્કેટ ફંડ	\$
<input type="checkbox"/> નિર્વાહ ખર્ચ	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય ખાતાઓ	\$
<input type="checkbox"/> ભાડાકીય મિલકત આવક	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય ખાતાઓ	\$
<input type="checkbox"/> હડતાલના લાભો	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય ખાતાઓ	\$
<input type="checkbox"/> લશ્કરી ફાળવણી	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય ખાતાઓ	\$
<input type="checkbox"/> ફાર્મ અથવા સ્વ રોજગાર	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય ખાતાઓ	\$
<input type="checkbox"/> અન્ય આવક સ્ત્રોત	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય ખાતાઓ	\$
કુલ	\$	કુલ	\$

III. અન્ય અસ્કયામતો

તમામ સ્ત્રોતોમાંથી તમારા માસિક આવકની રકમ સૂચિબદ્ધ કરો. તમને કદાચ આવક, અસ્કયામતો અને ખર્ચાઓનો પુરાવો પૂરો પાડવાની જરૂર પડી શકે છે. જો તમારી કોઈ આવક ન હોય, તો તમને રહેઠાણ અને ભોજન પૂરા પાડતા વ્યક્તિ પાસેથી એક આધાર પત્ર પૂરું પાડો.

<input type="checkbox"/> ધર	બોન સિલક	અંદાજિત કિંમત
	\$	\$
<input type="checkbox"/> ઓટોમોબાઈલ	વાહનની બનાવટ વર્ષ	\$ અંદાજિત કિંમત
<input type="checkbox"/> અતિરિક્ત વાહન	વાહનની બનાવટ વર્ષ	\$ અંદાજિત કિંમત
<input type="checkbox"/> અતિરિક્ત વાહન	વાહનની બનાવટ વર્ષ	\$ અંદાજિત કિંમત
<input type="checkbox"/> અન્ય મિલકત	મિલકતનો પ્રકાર	\$ અંદાજિત કિંમત
	કુલ	\$

IV. માસિક ખર્ચ	રકમ	રકમ
<input type="checkbox"/> ભાડું	\$	<input type="checkbox"/> આરોગ્ય વીમો \$
<input type="checkbox"/> ગીરો	\$	<input type="checkbox"/> આરોગ્ય વીમો (અન્ય) \$
<input type="checkbox"/> કાર ચુકવણી	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય તબીબી ખર્ચ \$
<input type="checkbox"/> કાર ચુકવણી (અન્ય વાહન)	\$	<input type="checkbox"/> તબીબી ખર્ચ \$
<input type="checkbox"/> કાર ચુકવણી (અન્ય વાહન)	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય તબીબી ખર્ચ \$
<input type="checkbox"/> કાર વીમો	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય તબીબી ખર્ચ \$
<input type="checkbox"/> ક્રેડિટ કાર્ડ (અન્ય)	\$	<input type="checkbox"/> અન્ય તબીબી ખર્ચ \$
<input type="checkbox"/> ક્રેડિટ કાર્ડ (અન્ય)	\$	<input type="checkbox"/> બીજા ખર્ચા \$
<input type="checkbox"/> ક્રેડિટ કાર્ડ (અન્ય)	\$	<input type="checkbox"/> બીજા ખર્ચા \$
<input type="checkbox"/> ક્રેડિટ કાર્ડ (અન્ય)	\$	<input type="checkbox"/> બીજા ખર્ચા \$
કુલ	\$	કુલ \$

રજિસ્ટ્રાર ટિપ્પણી

શું તમારા કોઈ અન્ય વણચૂકવાયેલ તબીબી બિલો છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	હા હોય તો, કઈ સેવા માટે?	સેવા
શું તમે કોઈ માસિક ચુકવણી યોજનાની વ્યવસ્થા કરી છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના	હા હોય તો, માસિક ચુકવણી કેટલી છે?	માસિક ચુકવણી \$

જો તમે હોસ્પિટલ અથવા તેના સંયોજકોને વધારાની નાણાકીય સહાય વિસ્તારવાની વિનંતી કરો તો, એક પૂરક નિર્ધારણ કરવા માટે હોસ્પિટલ અથવા સંયોજક વધારાના માહિતીની વિનંતી કરી શકે છે. આ ફોર્મ પર સહી કરીને, તમે પ્રમાણિત કરો છો કે પૂરી પાડેલ માહિતી સાચી છે અને માહિતીમાં કોઈપણ બદલ કરવામાં આવે તો બદલ કરવાના 10 દિવસોમાં હોસ્પિટલ અથવા સંયોજકને જાણ કરવા માટે સંમત છો.

અરજદારની સહી

તારીખ

દર્દી સાથેનો સંબંધ

ડાઇમેન્શન્સ હેલ્થકેર સિસ્ટમ

ફાઇનાન્સિયલ કાઉન્સિલિંગ રેકૉર્ડ ફોર્મ

આજની તારીખ:		/ /		ફિઝિશિયન:			
ખાતાની માહિતી							
તબીબી રેકોર્ડ નં.		ખાતા નં.		વિભાગ	વિનંતી ક્લેબ નોંધણી પ્રકાર:		
					<input type="checkbox"/> વન-ડે <input type="checkbox"/> ડિજિટલ		
સારવારની વિનંતી ક્લેબ તારીખો							
ક્લિનિક પ્રારંભ તારીખ:		ક્લિનિક સમાપ્તિ તારીખ:		મુલાકાતોની સં.		મુલાકાતોની સંખ્યા તપાસો :	
/ /		/ /				<input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5.	
દર્દીની માહિતી							
અડક		પ્રથમ નામ		જન્મ તારીખ		() -	
જાતિ: <input type="checkbox"/> પુરૂષ <input type="checkbox"/> સ્ત્રી		વૈવાહિક સ્થિતિ	દિવસનો ટેલિફોન (સવારના 9:00 વાગ્યાથી - સાંજના 5:00 વાગ્યા સુધી)		સાંજનો ટેલિફોન (સાંજના 5:00 વાગ્યાથી - રાતના 8:00 વાગ્યા સુધી)		() -
નિદાન (કોઈ સ્થિતિ/પોસ્ટ નહીં)							
નિદાન/મુખ્ય ફરિયાદ							
દર્દી નિયોક્તા માહિતી							
નિયોક્તાનું નામ				દિવસનો ટેલિફોન (સવારના 9:00 વાગ્યાથી - સાંજના 5:00 વાગ્યા સુધી)			
				() -			
નિયોક્તા સરનામું બાઈન 1							
નિયોક્તા સરનામું બાઈન 2							
વીમા માહિતી				રેકૉર્ડ માહિતી			
વીમા કેરિયર				રેકૉર્ડ			
<input type="checkbox"/> સ્વ-ચુકવણી		વીમાનું નામ		પ્રવેશ અગ્રતા			
				<input type="checkbox"/> ઉભરતાં <input type="checkbox"/> અર્જન્ટ (ડાઇરેક્ટ) <input type="checkbox"/> વૈકલ્પિક			
ID #		સમૂહ#		શું નાણાકીય સહાય અસ્તુ થઈ શકવામાં આવી છે?		તારીખ	
				<input type="checkbox"/> હા, <input type="checkbox"/> ના		/ /	
સબસ્ક્રાઇબરનું નામ				શું Medicaid અસ્તુ થઈ શકવામાં આવી છે?		તારીખ	
				<input type="checkbox"/> હા, <input type="checkbox"/> ના		/ /	
વીમાનો ફોન #		એક્સ્ટેન્શન		રેકૉર્ડ કારણ			
() -				<input type="checkbox"/> કો-પે મુલો, <input type="checkbox"/> કો-ઇન્સ મુલો, <input type="checkbox"/> S/P ડિપોઝિટ મુલો			
અધિકૃત નંબર		આમની દ્વારા અધિકૃત		આમની દ્વારા સંદર્ભિત			
				<input type="checkbox"/> વોક-ઇન દર્દી <input type="checkbox"/> અન્ય			
શું સ્વ ચુકવણીનો અંદાજ થઈ ગયો?		સ્વ ચુકવણીના અંદાજની રકમ		શું પ્રોવેના આરોગ્ય દ્વારા આંતરિક રૂપે સંદર્ભિત છે?		વિભાગ	
<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના				<input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના			
<input type="checkbox"/> ક્યાતપાત્ર?		<input type="checkbox"/> સહ-ચુકવણી?		રકમ		"ના" હોય તો, રેકૉર્ડ સ્ત્રોત:	
માત્ર FIC વિભાગના ઉપયોગ માટે જ :							
આમની દ્વારા સ્વીકૃત :				ઓફિસને આપેલ તારીખ :			
				/ /			
સ્વીકૃત કરનાર :				વિનંતીની તારીખ :			
				/ /			
ટિપ્પણીઓ :							