

# હોસ્પિટલ કેર એસ્યોરન્સ પ્રોગ્રામ (એચસીએપી) અથવા નાણાકીય સહાય માટે ગોપનીય અરજી

Trinity Health ની સુવિધાઓ અને ચિકિત્સકો દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી હોસ્પિટલ અને વ્યાવસાયિક સેવાઓ માટે

વ્યક્તિગત અને ગોપનીય

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

બાંધકારી આપનાર: Guarantor smarttext

કેસ નંબર: smarttext

કેસમાં સમાવિષ્ટ દર્દીઓ:

- smarttext patient name(s)

પ્રિય patient name smarttext,

તમારા આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા તરીકે RHM smarttext પસંદ કરવા બદલ તમારો આભાર. કૃપા કરીને બિડાણ કરેલી અરજી પૂર્ણ કરો અને તમારી નાણાકીય સહાયતાનું સંપૂર્ણ મૂલ્યાંકન કરવા માટે નીચેના સરનામા પર પાછી મોકલો.

જો તમને કોઈ પણ પ્રશ્ન હોય, તો કૃપા કરીને અમારા ગ્રાહક સેવા કેન્દ્રનો સોમવારથી શુક્રવાર દરમિયાન સવારે 9:00 થી સાંજના 5:00 દરમિયાન ઈસ્ટર્ન ટાઈમ પ્રમાણે 800-494-5797, પર સંપર્ક કરો.

સ્નેહાધીન,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

RHM smarttext વતી

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

# હોસ્પિટલ કેર એસ્યોરન્સ પ્રોગ્રામ (એચસીએપી) અથવા નાણાકીય સહાય માટે ગોપનીય અરજી

Trinity Health ની સુવિધાઓ અને ચિકિત્સકો દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી હોસ્પિટલ અને વ્યાવસાયિક સેવાઓ માટે

**કૃપા કરીને અરજીપત્રક ભરો અને તેના પર સહી કરો અને 10 દિવસની અંદર પરત કરો, જેમાં નીચેની નકલો સામેલ કરો:**

## જરૂરી ચકાસણીઓ

- છેલ્લા એક મહિનાનો કુલ આવકનો પુરાવો  છેલ્લા ત્રણ મહિનાની કુલ આવકનો પુરાવો (જો એચસીએપી માટે અરજી કરતી હોય તો)
- છેલ્લા બે મહિનાના તમામ બેંક ખાતાઓના તમામ પેજ (રિકરિંગ ડિપોઝિટની સમજૂતી) સહિત સંપૂર્ણ બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ
- તાજેતરનાં ટેક્સ રિટર્ન્સ (અનુસૂચિ C, E અથવા F સાથે 1040 ફોર્મ) અથવા ત્રણ મહિનાના નફા અને નુકસાનના સ્ટેટમેન્ટ (સ્વ-રોજગાર /આશ્રિતો માટે)

જો લાગુ પડતું હોય તો, નીચેની બાબતો પૂરી પાડો

- સીઝનલ આવક માટે તાજેતરનું W2
- બેરોજગારી લાભ/ નકાર પત્ર
- બાળ આધાર આવક/ભરણપોષણ
- કોઈ આવક નહીં - અરજીનો નાણાકીય સહાયતાનો સંપૂર્ણ પત્ર

## દર્દીની માહિતી

દર્દીનું નામ	જન્મ તારીખ		
સામાજિક સુરક્ષા/EIN નંબર (વૈકલ્પિક)	મોબાઇલ ફોન	અન્ય ફોન	
મેઇલ સરનામું	શહેર	રાજ્ય	ઝીપ કોડ
ઈ-મેઇલ એડ્રેસ	તમે કયા રાજ્યના રહેવાસી છો?		

વૈવાહિક સ્થિતિ  એકલા  વિવાહિત  છૂટાછેડા લીધેલ  અન્ય \_\_\_\_\_

હોસ્પિટલ સેવાની તારીખ (ઓ): \_\_\_\_\_ પ્રતિ \_\_\_\_\_

શું તમે ફેડરલ ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કરો છો?  હા  ના  
જો ના, તો શા માટે? \_\_\_\_\_

શું તમે કોઈ બીજાના ટેક્સ રિટર્ન પર આધારિત હોવાનો દાવો કરી શકો છો?  હા  ના

શું તમે અથવા તમારા આશ્રિતોએ સેવા સમયે આરોગ્ય વીમા કવર મેળવ્યું હતું?  હા  ના (વીમા કાર્ડની નકલ પ્રદાન કરો)

શું તમે યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સના દસ્તાવેજીકૃત રહેવાસી છો?  હા  ના  જવાબ આપવાનું પસંદ નથી કરતા

તમારા તાજેતરના કરવેરાના વળતરના આધારે તમારા સહિત ઘરના સભ્યો	જન્મની તારીખ	દર્દી સાથેનો સંબંધ	હોસ્પિટલની સેવા પહેલાના 3 મહિનાની આવક	હોસ્પિટલ સેવા પહેલાના 12 મહિનાની આવક	ટેક્સ રિટર્ન પર ક્લેમ (વાય/એન)
(દર્દી)		જાતે			

# હોસ્પિટલ કેર એસ્યોરન્સ પ્રોગ્રામ (એચસીએપી) અથવા નાણાકીય સહાય માટે ગોપનીય અરજી

Trinity Health ની સુવિધાઓ અને ચિકિત્સકો દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી હોસ્પિટલ અને વ્યાવસાયિક સેવાઓ માટે

ઘરના તમામ સભ્યો માટે આવકની ચકાસણી					
માસિક આવકનો સ્ત્રોત	આ કોને મળે છે	કુલ માસિક આવક (ટેક્સ પહેલાં)	માસિક આવકનો સ્ત્રોત	આ કોને મળે છે?	કુલ માસિક આવક (ટેક્સ પહેલાં)
વેતન			કામદારનું વળતર		
સામાજિક સુરક્ષા/વિકલાંગતા			બેરોજગાર		
પેન્શન			બાળ સહાય/ભરણપોષણ		
સ્વ-રોજગાર			ભાડાની જમીન આવક		
જાહેર સહાય			અન્ય		

## નાણાકીય સહાયતાનો પત્ર - સહાયતા પૂરી પાડતી વ્યક્તિ દ્વારા જ સંપૂર્ણ થવો જોઈએ

- હું દર્દીના રહેવાના ખર્ચ માટે 50% થી વધુ સહાયતા પૂરી પાડું છું, પરંતુ હું તબીબી બિલમાં મદદ કરવામાં અસમર્થ છું.
- આ પત્ર પર સહી કરીને, હું ખાતરી કરું છું કે ઉપરોક્ત નિવેદન સાચું છે હું મને કોઈ પણ રીતે દર્દીના બિલ માટે જવાબદારી લઈ નહીં શકું. જો તમને કોઈ પ્રશ્ન હોય, તો કૃપા કરીને \_\_\_\_\_ પર મારો સંપર્ક કરો (ફોન નંબર) [

આધાર પૂરો પાડતી વ્યક્તિનું નામ

દર્દી સાથેનો સંબંધ

આધાર પૂરો પાડતી વ્યક્તિની સહી

તારીખ

## આવક અને ઓળખની ચકાસણી

હું પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજીમાં સૂચિબદ્ધ માહિતી સાચી છે અને મારી જાણકારી મુજબ સંપૂર્ણ છે. હું સમજું છું કે પ્રદાન કરેલી માહિતી ચકાસણીને આધિન છે. જો ઉપરોક્ત માહિતી ખોટા બહાના હેઠળ પૂરી પાડવામાં આવી હોય તો Trinity Health સહયોગીઓમાં પૂરી પાડવામાં આવતી કોઈપણ સેવાઓની ચુકવણી માટે હું જવાબદાર રહીશ.

દર્દીની સહી : \_\_\_\_\_ તારીખ : \_\_\_\_\_

અથવા કાનૂની વાલીની સહી (જો લાગુ પડતું હોય તો) : \_\_\_\_\_ તારીખ : \_\_\_\_\_

દર્દી સાથેનો સંબંધ : \_\_\_\_\_ તારીખ : \_\_\_\_\_

કૃપા કરીને ઉપરના સરનામે તમારી અરજી મેઇલ કરો, 312-871-3350 પર ફેક્સ કરો અને અથવા MyChart (પેશન્ટ પોર્ટલ) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> દ્વારા દસ્તાવેજો અપલોડ કરો જો તમને કોઈ પણ પ્રશ્ન હોય, તો કૃપા કરીને અમારા ગ્રાહક સેવા કેન્દ્રનો સોમવારથી શુક્રવાર ઈસ્ટર્ન ટાઇમ પ્રમાણે સવારે 9 થી સાંજે 5 વાગ્યે 800-494-5797 પર સંપર્ક કરો.