

મહત્વપૂર્ણ: તમે મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટ-સંભાળપ્રાપ્ત કરવા માટે સક્ષમ છો: આ અરજી પૂરી કરવી એ AdventHealthને એ નક્કી કરવામાં મદદરૂપ થાય છે કે તમે નિ:શુલ્ક અને ડિસ્કાઉન્ટવાળી સેવોઓ મેળવી શકો કે નહીં અથવા તો તમારી આરોગ્ય સંભાળના ખર્ચને યુકવવામાં મદદરૂપ થાય તેવા અન્ય જાહેર કાર્યક્રમોમાં ભાગ લઇ શકો કે નહીં. કૃપા કરીને આ અરજીને, કવર લેટર પર સૂચિબદ્ધ કરેલ સરનામાં પર સબમિટ કરો.

જો તમારો કોઈ વીમો નથી, તો મફત અથવા ડિસ્કાઉન્ટ સારવાર માટે લાયક થવા માટે, કોઈ સામાજિક સુરક્ષા નંબર આવશ્યક નથી. જો કે, Medicaid સહિતના કેટલાક જાહેર કાર્યક્રમો માટે એક સામાજિક સુરક્ષા નંબર આવશ્યક હોય છે. કોઈ સામાજિક સુરક્ષા નંબર પ્રદાન કરવોજરૂરી નથી પરંતુ તમે કોઈપણ જાહેર કાર્યક્રમો માટે લાયક છો કે નહીં, તે નિર્ધારિત કરવામાં AdventHealth ને મદદ કરશે. “વૈકલ્પિક” રૂપે ચિહ્નિત કરેલા અરજીના પ્રશ્નો માટેના તમારા ઉત્તરનો (અથવા ઉત્તર ના આપવાનો) અરજીના પરિણામ પર કોઈ પ્રભાવ પડશે નહીં.

કૃપા કરીને આ ફોર્મ પૂર્ણ કરો, નિશુલ્ક અથવા ડિસ્કાઉન્ટ સારવાર ની અરજી કરવા માટે, વહેલી તકે સેવાની તારીખ પછી, વ્યક્તિગત રૂપે, મેઇલ દ્વારા, ઇલેક્ટ્રોનિક મેઇલ દ્વારા, અથવા ફેક્સ દ્વારા AdventHealth ને સબમિટ કરો. તમારી સારવાર માટેના પ્રથમ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ પછી, અમે 240 દિવસ સુધી તમારી અરજી સ્વીકારીશું. અરજી સબમિટ કરીને, તમે સ્વીકારો છો કે દર્દી આર્થિક સહાય માટે પાત્ર છે કે કેમ, તે નિર્ધારિત કરવા માટે AdventHealth ને સહાય કરવા માટે અરજીમાં બધી માહિતી પૂરી પાડવા માટે તમે સંપૂર્ણ પ્રયાસ કર્યો છે. જો તમને અરજીની પ્રક્રિયા વિષે કોઈ પ્રશ્નો હોય તો, તમે તમારા પ્રશ્નો અને ચિંતાઓ સાથે 844-652-0600 પર AdventHealthના નાણાકીય સલાહ વિભાગનો સંપર્ક કરી શકો છો.

વીમા વિનાના દર્દીની ફરિયાદો અથવા ચિંતાઓની ડિસ્કાઉન્ટ અરજી પ્રક્રિયા અથવા હોસ્પિટલની નાણાકીય સહાયતાની પ્રક્રિયાને Illinois એટર્ની જનરલ હેલ્થ કેર બ્યુરોને જાણ કરવામાં આવી શકે છે. આ હેલ્થ કેર બ્યુરોની ટોલ-ફ્રી હોટલાઇન 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) છે.

દર્દીની માહિતી

(મહેરબાની કરીને પ્રીન્ટ અને બધા ક્ષેત્રો પૂર્ણ થવા જોઈએ અરજીમાં કોઈ વ્યક્તિગત લાઇન પર લાગુ ન હોય તો N/A સૂચવો)

તારીખ _____ એકાઉન્ટ નંબર _____

નામ (પ્રથમ અને અટક) _____

જન્મ તારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____

વૈકલ્પિક - વિગની ઓળખ - તમે તમને પોતાને કેવી રીતે ઓળખાવો છો: પુરુષ મહિલા ટ્રાન્સજેન્ડર પુરુષ/ટ્રાન્સ પુરુષ/મહિલા-માંથી-પુરુષ (FTM)

ટ્રાન્સજેન્ડર મહિલા/ટ્રાન્સ મહિલા/પુરુષ-માંથી-મહિલા (MTF) વિગ રહિત/એવી વિગ જે ના તો પુરુષ હોવાની ના તો મહિલા હોવાની પુષ્ટિ કરે છે

વધારાનો વિગ વર્ગ (અથવા અન્ય)

વૈકલ્પિક - વિગની ઓળખ: તમારા જન્મના પ્રમાણપત્રમાં મૂળ કઇ વિગ બતાવવામાં આવી હતી?: પુરુષ મહિલા

વૈકલ્પિક - વર્ણ: સફેદ કાળો અથવા આફ્રિકન અમેરિકન અમેરિકન ભારતીય અથવા અલાસ્કાના વતની એશિયન ભારતીય યાઇનીઝ ફિલિપિનો જાપનીઝ કોરિયન

વિયેતનામિઝ અન્ય એશિયન હવાઇયન વતની ગુઆમેનિયન અથવા કેમોરો સમોઅન અન્ય પેસિફિક આઇસલેન્ડ

વૈકલ્પિક - વંશીયતા: હિસ્પેનિક, લેટિનો/ના અથવા સ્પેનિશ મૂળના મેક્સિકન, મેક્સિકન અમેરિકન, ચિકાનો/ના પુર્તો રિકન

ક્યુબન અન્ય હિસ્પેનિક, લેટિનો/ના અથવા સ્પેનિશ મૂળના

વૈકલ્પિક - ભાષા - શું તમે ઘરે અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય કોઇ ભાષા બોલો છો?: હા ના

જો હો તો, કઇ ભાષા?: _____

પત્રનું સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝિપ _____

વૈકલ્પિક - સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર _____

નોકરીદાતા _____ રોજગારની સ્થિતિ _____

નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષની માહિતી/કાનૂની વાલીની માહિતી

(જો ઉપરોક્ત દર્દી અને જવાબદાર પક્ષ સમાન હોય, તો આ વિભાગને ખાલી છોડી દો.)

નામ (પ્રથમ અને અટક) _____
જન્મતારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____
પત્રનું સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝિપ _____
સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર (વૈકલ્પિક) _____
નોકરી દાતા _____ રોજગારની સ્થિતિ _____

જીવનસાથીની જવાબદાર માહિતી

(જો દર્દી જવાબદાર પક્ષ સમાન હોય, તો દર્દી માટે જીવનસાથીની માહિતી ભરો.)

નામ (પ્રથમ અને અટક) _____
જન્મતારીખ _____ વૈવાહિક સ્થિતિ _____ ફોન નંબર _____
પત્રનું સરનામું _____ શહેર _____ રાજ્ય _____ ઝિપ _____
સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર (વૈકલ્પિક) _____
નોકરીદાતા _____ રોજગારની સ્થિતિ _____
નોકરીદાતાનો ફોન નંબર _____

જવાબદાર પક્ષના આશ્રિતો

(જો દર્દી જવાબદાર પક્ષ સમાન હોય, તો દર્દી માટે જીવનસાથીની માહિતી ભરો.)

નામ _____	જન્મ તારીખ _____	જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____
નામ _____	જન્મ તારીખ _____	જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____
નામ _____	જન્મ તારીખ _____	જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____
નામ _____	જન્મ તારીખ _____	જવાબદાર પક્ષ સાથે સંબંધ _____

પુખ્ત વયના લોકો અને ઘરના બાળકોની સંખ્યા _____

માસિક આવક

(નીચે સૂચિબદ્ધ દરેક વસ્તુ માટે ડોલરની રકમ ભરો. દરેક માટે ૬૨ મહિને રકમ પ્રદાન કરો.)

અરજદારે પ્રાપ્ત કરેલી આવક _____
અરજદારના જીવનસાથીની આવક _____ સોશિયલ
સિક્યુરિટીના ફાયદા _____ નિવૃત્તિ
વેતન/નિવૃત્તિની આવક _____ વિકલાંગતા
સંબંધી આવક _____ બેરોજગારી
વળતર _____ કામગારનું
વળતર _____
વ્યાજ/ડિવિડન્ડની આવક _____

પ્રાપ્ત કરેલી બાળક સંબંધી સહાય _____ પ્રાપ્ત કરેલ
ભરણપોષણ _____ ભાડાની
મિલકતની આવક _____ ફૂડ
સ્ટેમ્પ્સ _____ પ્રાપ્ત કરેલ
ટ્રસ્ટ ફંડ વિતરણ _____ અન્ય
આવક _____ કુલ
માસિક આવક \$ _____

માસિક જીવન ખર્ચ

AdventHealthની નાણાકીય સહાયતાની નીતિમાં વર્ષોવા અનુસાર જે દર્દીઓ અનુમાનિત રીતે યોગ્ય માનવામાં આવે તેમણે આ વિભાગ પૂર્ણ કરવો જરૂરી નથી.

ગીરો/ભાડું _____ યુટિલિટી
_____ ફોન
(લેન્ડલાઇન) _____ સેલ ફોન

કરીયાણું/માધવસ્તુ _____
કેબલ/ઇન્ટરનેટ/સેટેલાઇટ ટીવી _____ કારની
યુકવણી _____ બાળકની
સંભાળ _____

બાળક સંબંધી સહાય/ભરણપોષણ _____ કેડિટ
કાર્ડ _____
ડોક્ટર/હોસ્પિટલના બિલ _____
કાર/ઓટોનો વીમો _____
ઘર/મિલકતનો વીમો _____
તબીબી/આરોગ્ય વીમો _____ જીવન
વીમો _____ અન્ય
માસિક ખર્ચ _____ કુલ
માસિક ખર્ચ \$ _____

સંપત્તિ

રોકડ/બચત/ચેકિંગ ખાતાઓ _____
સ્ટોક/બોન્ડ/રોકાણ/CD(s) _____
અન્ય રિઅલ એસ્ટેટ /બીજું રહેઠાણ _____
બોટ/આર.વી./મોટરસાઇકલ/મનોરંજનનું વાહન _____
ક્લેક્ટર ઓટોમોબાઇલ/બિન-જરૂરી ઓટોમોબાઇલ _____
આરોગ્ય બચત/ફલેક્સિબલ સ્પેન્ડિંગ એકાઉન્ટ વાહન _____

હું ADVENTHEALTH ને બાહ્ય કેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ પાસેથી માહિતી મેળવવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજીની માહિતી સાચી છે અને મારા જ્ઞાન પ્રમાણે યોગ્ય છે. હું કોઈપણ રાજ્ય, સંઘીય અથવા સ્થાનિક સહાય માટે અરજી કરીશ, જેના માટે હું મારા તબીબી બિલોની ચૂકવણી કરવામાં સહાય કરી શકું છું. હું સમજું છું કે પ્રદાન કરેલી આ માહિતી ADVENTHEALTH દ્વારા ચકાસી શકાય છે, અને હું આ અરજીમાં પ્રદાન કરેલી માહિતીની ચોકસાઈને ચકાસવા માટે ADVENTHEALTH ને ત્રીજા પક્ષકારોનો સંપર્ક કરવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું સમજું છું કે જો હું આ અરજીમાં જાણી જોઈને અસત્ય માહિતી પ્રદાન કરું છું, તો હું આર્થિક સહાય માટે અયોગ્ય હોઈશ, મને આપેલી કોઈપણ નાણાકીય સહાય પરત ખેંચાઈ શકે છે, અને હું પોતે જ બધા બિલ (ઓ) ની ચૂકવણી માટે જવાબદાર હોઈશ.

અરજદારની સહી _____

તારીખ _____

ટિપ્પણીઓ



ટેકોનો પત્ર

દર્દીનો મેડિકલ રેકોર્ડ નંબર/એકાઉન્ટ નંબર _____

સમર્થકનું નામ _____

દર્દી/અરજદાર સાથે સંબંધ _____

સમર્થકનું સરનામું _____

પ્રતિ AdventHealth:

આ પત્ર એ બાબત જણાવવા માટે છે કે (દર્દીનું નામ) _____ ને ખૂબ જ થોડી અથવા કોઇ આવક નથી અને હું તેને/તેણીને જીવન નિર્વાહના ખર્ચમાં સહાયતા કરું છું. તેની/તેણીની/તેમની મારા પ્રત્યે ખૂબ જ થોડી અથવા કોઇ જવાબદારી નથી.

આ વિધાન પર હસ્તાક્ષર કરીને, હું સંમત છું કે આપેલી માહિતી મારા જ્ઞાન પ્રમાણ સાચી છે.

સમર્થકની સહી _____
તારીખ _____

પ્રિય દર્દી/અરજદાર,

AdventHealth સહાનુભૂતિ દ્વારા સંચાલિત છે અને તે બધાને ખાસ કરીને સૌથી વધુ જરૂરી લોકો માટે વ્યક્તિગત કાળજી પૂરી પાડવા માટે સમર્પિત છે. અમારા દર્દીઓને આર્થિક સહાય આપવી તે અમારું મિશન અને વિશેષાધિકાર છે. આર્થિક સહાય ફક્ત કટોકટી અને અન્ય આવશ્યક તબીબી સંભાળ માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા અને તમારા પરિવારની આરોગ્ય સંભાળની જરૂરિયાતો માટે અમારા ઉપર વિશ્વાસ કરવા બદલ આભાર.

અમે આ પત્ર અને જોડાયેલ આર્થિક સહાયની અરજી મોકલી રહ્યાં છીએ કારણ કે અમને તમારી વિનંતી મળી છે. જો તમે આ વિનંતી કરી ન હતી, તો કૃપા કરીને અવગણો. કૃપા કરીને તમારી સહી અને પાછા ફરતા પહેલાની તારીખ સહિત, બંને બાજુ પૂર્ણ કરો. જો તમે પાછલા છ મહિનાની અંદર કોઈ અરજી પૂર્ણ કરી અને નાણાકીય સહાય માટે મંજૂરી મળી હોય, તો કૃપા કરીને અમને સૂચિત કરો. તમારે નવી અરજી પૂર્ણ કરવાની જરૂર નથી. અમે છ મહિનાથી વધુ જૂની અરજી ને સ્વીકારવા યોગ્ય માનીશું નહિ.

અરજીની સાથે, કૃપા કરીને તમારી આવકના પુરાવા તરીકે નીચેની આઇટમ્સમાંથી ઓછામાં ઓછી એકની એક નકલ પ્રદાન કરો. જો તમે પરિણીત છો અથવા 6 મહિના કે તેથી વધુ સમય માટે નોંધપાત્ર રીતે કોઈ વ્યક્તિ સાથે રહો છો, તો અરજીની પ્રક્રિયા થાય તે પહેલાં, તેમની આવકના પુરાવા તરીકે નીચેની વસ્તુઓમાંથી ઓછામાં ઓછી એકની નકલ પણ આપવાની જરૂર રહેશે.

- માલિક પાસેથી તાજેતરના 3 પેસ્ટબ્સની નકલો
- તાજેતરના વાર્ષિક ટેક્સ રીટર્નની નકલો (જો સ્વરોજગાર હોય તો, બધા શેડ્યુલ્સશામેલ કરો)
- સામાજિક સુરક્ષા અને/અથવા પેન્શન નિવૃત્તિ પુરસ્કાર પત્ર
- માતાપિતા અથવા વાલીનું તાજેતરનું વાર્ષિક ટેક્સ રીટર્ન, જો અરજદાર તેમના કર ફોર્મ પર સૂચિબદ્ધ છે અને 25 વર્ષથી ઓછી વયની હોય તો
- અન્ય આવક માન્યતા દસ્તાવેજો
- છેલ્લા 3 મહિનાથી બેંકના નિવેદનોની નકલો
- બેરોજગારી લાભોની પ્રાપ્તિની નકલ

જો તમને ઘરમાં થી કોઈ કુટુંબ અથવા મિત્રો પાસેથી સહાય મળે છે, તો કૃપા કરીને તેમને "સપોર્ટ લેટર" ના લેબલ સાથે જોડાયેલ, ફોર્મ ભરવા માટે કહો. આ તેમને તમારા તબીબી બીલો માટે જવાબદાર બનાવશે નહીં. આ બતાવવામાં મદદ કરશે કે તમે કેવી રીતે તમારા જીવન ખર્ચનો નિર્વાહ કરી શકો છો. જો તમને પરિવાર અને મિત્રો તરફથી કોઈ સહાય પ્રાપ્ત ન થાય, તો તમારે સપોર્ટ લેટર ફોર્મ ભરવાની જરૂર નથી.

અંતે, કૃપા કરીને તમારા બાકી માસિક મેડિકલ અને ફાર્મસી/દવાના ખર્ચના પૂરાવા રૂપેના દસ્તાવેજો પણ પૂરા પાડશો.

કૃપા કરીને ધ્યાનમાં રાખશો કે અરજીને ધ્યાનમાં લેવામાં આવે તે માટે આવકના પુરાવા સાથે પૂર્ણ કરેલી અરજી સબમિટ કરવી જરૂરી છે. અમે અધૂરી અરજીઓ પર પ્રક્રિયા કરી શકશું નહીં અથવા તેને ધ્યાનમાં લઇ શકશું નહીં.

કૃપા કરીને ધ્યાનમાં રાખશો કે ઇન્ટરનેટ પર ઇમેઇલ દ્વારા કરવામાં આવતો સંચાર સુરક્ષિત હોતો નથી. તેમ છતાં, તે અસંભવિત છે, તેવી સંભાવના છે કે તમે ઇમેઇલમાં શામેલ કરેલી માહિતીને તે વ્યક્તિ ઉપરાંત, અન્ય પક્ષો દ્વારા અટકાવવામાં આવી શકે છે અને તે વાંચવામાં આવી શકે છે.

અમે તમારી વ્યક્તિગત માહિતીને સુરક્ષિત કરવા અને તેની ખાતરી કરવા માંગીએ છીએ કે તે સુરક્ષિત રહે. તમારી અરજીમાં તમારો સોશિયલ સીક્યુરિટી નંબર અને અન્ય ખાનગી માહિતી સમાવિષ્ટ હોવાથી, અમે તમને તેને ઇમેઇલ દ્વારા મોકલવાનું ટાળવાની વિનંતી કરીએ છીએ.

કૃપા કરીને તમારી પૂર્ણ કરેલી અરજીને પ્રિન્ટ કરો અને નીચેના સરનામાં પર મોકલો:

AdventHealth PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

જો તમને આ અરજી વિષે કોઇ પ્રશ્નો હોય તો, કૃપા કરીને
888-693-2252 પર દર્દી માટેના અમારા એક પ્રતિનિધિને કોલ

ખરા દિલથી,

દર્દી નાણાકીય સેવાઓ
AdventHealth