

નાણાકીય સહાય અરજી પત્રક

વિભાગ એક: દર્દી માહિતી

તમારું પૂરું નામ, તમે તબીબી સેવા પ્રાપ્ત કરી તે સમયનું તમારું સરનામું અને આ વિભાગમાં નોંધેલી અન્ય માહિતી પ્રિન્ટ કરો.

અકાઉન્ટ નંબર: _____ સેવાની તારીખ(ખો): _____

દર્દીનું નામ: _____

સરનામું: _____ અટક _____ પ્રથમ _____ મધ્ય અધાક્ષર _____ શહેર: _____ કાઉન્ટી: _____

રહેઠાણનું રાજ્ય: _____ ઝિપ કોડ: _____ જન્મ તારીખ: ____/____/____ વૈવાહિક સ્થિતિ: અપરણિત પરણિત છૂટાછેડા લીધેલ

પ્રાથમિક ફોન નંબર: (____) _____ ઘરનો મોબાઇલ કાર્યસ્થળનો અન્ય: _____

ઇ-મેલ અડ્રેસ: _____

સેવાની તારીખ વખતે સ્વાસ્થ્ય વીમો: વીમો નથી મેડિકર મેડિકેઇડ અન્ય: _____

વિભાગ બે: પરિવારની આવક અને અસ્ક્યામતો

તમારી, તમારા જીવનસાથી અને પરિવારના તમામ અન્ય સભ્યો (જો લાગુ પડે તો)ની આવક પૂરી પાડો.

આવકનો સ્ત્રોત	સેવા પૂર્વેના 3 મહિના માટે કુલ	સેવા પૂર્વેના 12 મહિના માટે કુલ
પગાર/સ્વ-રોજગાર	\$ _____	\$ _____
સોશિયલ સિક્યુરિટી	\$ _____	\$ _____
પેન્શન, ડિવિડન્ડ્સ, વ્યાજ, ભાડાંની આવક	\$ _____	\$ _____
બેરોજગારી, શ્રમિક વળતર	\$ _____	\$ _____
યાદલ્લ સપોર્ટ (બાળક માટે નાણાકીય સહાય) (જો દર્દી ઇસ્થિત પ્રાપ્તકર્તા હોય તો જ)	\$ _____	\$ _____
અન્ય	\$ _____	\$ _____

અરજીની તારીખે કુલ ચોખ્ખી અસ્ક્યામતો (અસ્ક્યામતો - ઉધારી): \$ _____

વિભાગ ત્રણ: પરિવારની માહિતી અને આવક

તમારા ઘરમાંના તમામ પરિવારના સભ્યોના નામ અને તેમની જન્મ તારીખ આપો.

તમારા ઘરમાં રહેતાં હોય એવા તમારા નિકટતમ પરિવારના તમામ લોકો માટે નિમ્નલિખિત માહિતી પૂરી પાડવાની કૃપા કરશો. HCAPના હેતુઓ માટે પરિવારની વ્યાખ્યામાં દર્દી, દર્દીના જીવનસાથી, અને દર્દીના 18થી ઓછી વયના તમામ સંતાનો (કુદરતી અને દત્તક) કે જેઓ દર્દીના ઘરમાં રહેતા હોય તેમનો સમાવેશ થાય છે. જો દર્દી 18થી ઓછી વયનો/ની હોય, તો પરિવારમાં દર્દી, દર્દીના કુદરતી કે દત્તક લેનાર માતાપિતા અને માતાપિતાના એવા સંતાનો જે 18થી ઓછી વયના હોય (કુદરતી અથવા દત્તક) કે જેઓ દર્દીના ઘરે રહેતા હોય, તેમનો સમાવેશ થાય છે.

પરિવારના સભ્યોના નામ, દર્દી સહિત	જન્મ તારીખ	દર્દી સાથે સંબંધ
1. દર્દી: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

નીચે મારી સહી કરીને, હું પ્રમાણિત કરું છું કે આ અરજીમાં અને સાથેના કોઈપણ બિડાણમાં જણાવેલી તમામ બાબતો ખરી છે.

જવાબદાર પક્ષકારની સહી: x _____ તારીખ: _____

નીચે મારી સહી કરીને, હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં આ અરજીની સમીક્ષા કરી છે અને મંજૂરી આપી છે.

હોસ્પિટલ CEOની સહી: x _____ તારીખ: _____

તમારી ભરેલી અરજી અહીં પરત કરશો: Penn State Health Rehabilitation Hospital (પેન સ્ટેટ હેલ્થ રીહેબિલિટેશન હોસ્પિટલ)