

પ્રિય દર્દી,

ઉત્તર-પૂર્વીય હોસ્પિટલ નિગમ, વિન્યેસ્ટર હોસ્પિટલ અને લાહે ક્લિનિક હોસ્પિટલ, માટે તબીબી મુશ્કેલી અરજી જોડાયેલ છે. કૃપા કરીને તેની સંપૂર્ણતા ભરો અને બધા જરૂરી દસ્તાવેજો સાથે પાછા ફરો. અપૂર્ણ અરજીઓ નાણાકીય સહાયને નકારવામાં પરિણમી શકે છે.

અરજીઓને પરત કરવાની અંતિમ સમયગાળા સેવાઓ માટેના પ્રથમ બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટથી 240 દિવસની છે જેની આર્થિક સહાયની વિનંતી કરવામાં આવી રહી છે.

ઉત્તર-પૂર્વીય હોસ્પિટલ નિગમ, વિન્યેસ્ટર હોસ્પિટલ, અને લાહે ક્લિનિક હોસ્પિટલ, અને તેમના સાથીઓ એવા દર્દીઓને આર્થિક સહાય પૂરી પાડવા માટે સમર્પિત છે કે જેમને આરોગ્યસંભાળ જરૂરિયાત હોય અને વીમા, અલ્પ વીમા, સરકારી પ્રોગ્રામ માટે અયોગ્ય અથવા અન્યથા તબીબી જરૂરી સંભાળ માટે ચૂકવણી કરવામાં અસમર્થ હોય. તેમની વ્યક્તિગત નાણાકીય પરિસ્થિતિ.

જો તમને પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરી નીચે સૂચિબદ્ધ નંબર પર નાણાકીય પરામર્શનો સંપર્ક કરો.

આભાર.

અરજીને પરત કરો:

નાણાકીય પરામર્શ વિભાગ  
લાહે હોસ્પિટલ અને મેડિકલ સેન્ટર  
41 મોલ રોડ  
બર્લિંગ્ટન એમએ 01803  
781-744-8815.

તબીબી મુશ્કેલીમાટે નાણાકીય સહાયતા માટેની અરજી

મહેરબાની કરી ને છાપો

આજની તારીખ: \_\_\_\_\_ સામાજિક સુરક્ષા# \_\_\_\_\_

તબીબી રેકોર્ડ નંબર: \_\_\_\_\_

દર્દીનું નામ: \_\_\_\_\_

દર્દીની જન્મ તારીખ \_\_\_\_\_

સરનામું: \_\_\_\_\_

શેરી એપોઇટમેન્ટ નંબર

શહેર

રાજ્ય

પિન કોડ

હોસ્પિટલની સેવા સમયે દર્દી પાસે આરોગ્ય વીમો અથવા મેડિકેડ \*\* હતા? ના

જો "હા", વીમાકાર્ડની(આગળઅનેપાછળની)એકનકલજોડોઅનેનીચેનીબાબતોનેપૂર્ણકરો:

વીમા કંપનીનું નામ: \_\_\_\_\_ નીતિ અનુક્રમ: \_\_\_\_\_

અસરકારક તારીખ: \_\_\_\_\_ વીમા ફોન નંબર: \_\_\_\_\_

\*\*નાણાકીય સહાય માટે અરજી કરતા પહેલા, તમારે છેલ્લા 6 મહિનામાં મેડિકેડ માટે અરજી કરી હોવી જ જોઈએ અને તેને નકારના પુરાવા બતાવવા ની જરૂર રહેશે.

નોંધ: જો આરોગ્ય બચાવ ખાતું (એચએસએ), આરોગ્ય વળતર એકાઉન્ટ (એચઆરએ), ફ્લેક્સિબલ સ્પેન્ડિંગ એકાઉન્ટ (એફએસએ) અથવા કૌટુંબિક તબીબી ખર્ચ માટે નિયુક્ત સમાન ભંડોળ સ્થાપિત કરવામાં આવ્યું હોય તો નાણાકીય સહાય લાગુ થઈ શકશે નહીં. સહાય પ્રદાન કરવામાં આવે તે પહેલાં કોઈપણ સ્થાપિત ફંડ માંથી ચુકવણી કરવાનું બાકી છે

નાણાકીય સહાય માટે અરજી કરવા માટે નીચેના પૂર્ણ કરો:

ઘરના 18 વર્ષથી ઓછી ઉંમરના દર્દી, માતાપિતા, બાળકો અને / અથવા બહેન, કુદરતી અથવા દત્તક લીધેલા પરિવારના તમામ સભ્યોની સૂચિ બનાવો.

| કુટુંબનો સભ્યો | ઉંમર | દર્દી સાથે સંબંધ | આવક ના સ્ત્રોત અથવા એમ્પ્લોયરનું નામ | માસિક કુલ આવક |
|----------------|------|------------------|--------------------------------------|---------------|
| 1.             |      |                  |                                      |               |
| 2.             |      |                  |                                      |               |
| 3.             |      |                  |                                      |               |
| 4.             |      |                  |                                      |               |

તબીબી મુશ્કેલીઅરજી ઉપરાંત, અમને આ અરજી સાથે જોડાયેલા નીચેના દસ્તાવેજોની પણ જરૂર છે:

- વર્તમાન રાજ્ય અથવા સંઘીય આવક વેરા વળતર
- વર્તમાન ફોર્મ્સ W2 અને / અથવા ફોર્મ1099
- ચાર સૌથી તાજેતરના પગારપત્રક સ્ટબ્સ
- ચાર સૌથી તાજેતરની તપાસ અને / અથવા બચત ખાતાના નિવેદનો
- આરોગ્ય બચત ખાતા
- આરોગ્ય ભરપાઈની વ્યવસ્થા
- લવચીક ખર્ચ એકાઉન્ટ્સ
- બધા તબીબી બીલોની નકલો

જો આ ઉપલબ્ધ ન હોય તો, તેઓ પ્રદાન કરે છે તે અન્ય દસ્તાવેજોની ચર્ચા કરવા કૃપા કરીને (781) 744-8815 પર નાણાકીય પરામર્શ એકમને કોલકરો.

બધા તબીબી દેવાની સૂચિ બનાવો અને પાછલા બાર મહિનામાં થયેલા બીલની નકલો પ્રદાન કરો:

| સેવાની તારીખ | સેવા સ્થળ | બાકી રકમ |
|--------------|-----------|----------|
| _____        | _____     | _____    |
| _____        | _____     | _____    |
| _____        | _____     | _____    |
| _____        | _____     | _____    |
| _____        | _____     | _____    |

કૃપા કરીને આ તબીબી બીલો ભરવા શા માટે મુશ્કેલી પડશે તે અંગેનું એક ટૂંકું સમજૂતી પ્રદાન કરો:

---

---

---

---

---

---

નીચે આપેલા હસ્તાક્ષર દ્વારા, હું પ્રમાણિત કરું છું કે મેં નાણાકીય સહાય નીતિ અને અરજીને કાળજીપૂર્વક વાંચ્યું છે અને મેં જે કહ્યું છે તે અથવા કોઈ પણ દસ્તાવેજીકરણ મેં જોડ્યું છે તે મારા શ્રેષ્ઠજ્ઞાન માટે સાચું અને યોગ્ય છે.

અરજદાર ની સહી: \_\_\_\_\_

દર્દી સાથે સંબંધ: \_\_\_\_\_

તારીખ પૂર્ણ થઈ: \_\_\_\_\_

કૃપા કરીને પાત્રતા નિર્ધારિત કરવા માટે પૂર્ણ થયેલ અરજી પ્રાપ્ત થયાની તારીખથી 30 દિવસની મંજૂરી આપો.

જો પાત્ર હોય, તો નાણાકીય સહાય મંજૂરીની તારીખથી છ મહિના માટે આપવામાં આવે છે અને તે તમામ સંબંધિત બેથ ઇઝરાઇલ લાહે હેલ્થ આનુષંગિકોને તેમની સંબંધિત નાણાકીય સહાય નીતિઓના પરિશિષ્ટ 5 માં આગળ પ્રમાણે માન્ય છે.:

- અન્ના જાક્સ હોસ્પિટલ
- એડિસન ગિલ્બર્ટ હોસ્પિટલ
- બાયરિજ હોસ્પિટલ
- બેથ ઇઝરાઇલ ડેકોનેસ મેડિકલ સેન્ટર-બોસ્ટન
- બેથ ઇઝરાઇલ ડેકોનેસ મિલ્ટન
- બેથ ઇઝરાઇલ ડેકોનેસ નિડહામ
- બેથ ઇઝરાઇલ ડેકોનેસ પ્લાયમાઉથ
- બેવરલી હોસ્પિટલ
- લાહે હોસ્પિટલ અને મેડિકલ સેન્ટર, બર્લિંગ્ટન
- લાહે મેડિકલ સેન્ટર, પીબોડી
- માઉન્ટ ઓબર્ન હોસ્પિટલ
- ન્યૂ ઈંગ્લેન્ડ બેપ્ટિસ્ટ હોસ્પિટલ
- વિન્યેસ્ટર હોસ્પિટલ

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Staff Only.              |                          |
| Application Received by: |                          |
| AJH                      | <input type="checkbox"/> |
| AGH                      | <input type="checkbox"/> |
| BayRidge                 | <input type="checkbox"/> |
| BIDMC                    | <input type="checkbox"/> |
| BID Milton               | <input type="checkbox"/> |
| BID Needham              | <input type="checkbox"/> |
| BID Plymouth             | <input type="checkbox"/> |
| Beverly                  | <input type="checkbox"/> |
| LHMC                     | <input type="checkbox"/> |
| LMC Peabody              | <input type="checkbox"/> |
| MAH                      | <input type="checkbox"/> |
| NEBH                     | <input type="checkbox"/> |
| WH                       | <input type="checkbox"/> |
| Date Received:           |                          |