

Patient Financial Assistance

A. હોસ્પિટલ કે ક્લિનિકનું સ્થાન

Hospital or Clinic Location

તે સ્થાન(નો) પસંદ કરો જ્યાં દર્દીએ સંભાળ પ્રાપ્ત કરી હતી અથવા પ્રાપ્ત કરશે:

Select the location(s) where the patient received or will receive care:

-
- Henry Ford (HF) Hospital
-
-
- HF Kingswood Hospital
-
-
- HF Macomb Hospital
-
-
- HF Medical Centers
-
-
- HF Jackson Hospital

-
- HF West Bloomfield Hospital
-
-
- HF Wyandotte or HF Health Center Brownstown
-
-
- અન્ય, (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો): _____
-
- Other, please specify:

B. દર્દીની માહિતી

Patient Information

દર્દીને મળતી સારવાર અંગેના આ વિભાગની વિગતો ભરો:

Complete this section about the patient receiving care:

દર્દીનું નામ: _____

Patient Name:

જન્મ તારીખ: _____ મેડિકલ રેકોર્ડ નંબર: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર: _____

Social Security Number:

ગેરેન્ટર ID નંબર: _____

Guarantor ID Number:

C. જવાબદાર પક્ષ (ગેરેન્ટર)

Responsible Party (Guarantor)

કૃપા કરીને તબીબી બિલ ચૂકવનાર વ્યક્તિ વિશેનો આ વિભાગ પૂર્ણ કરો:

Complete this section about the person paying the medical bill:

જવાબદાર પક્ષનું નામ (જો વિભાગ B કરતા અલગ હોય તો): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

દર્દી સાથેનો સંબંધ: _____

Relationship to Patient:

શેરીનું સરનામું: _____

Street Address:

શહેર, રાજ્ય, પિન કોડ, દેશ: _____

City, State, Zip Code, Country:

ફોન નંબર: _____ કાર્યાલયનો ફોન નંબર: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

નોકરીદાતા: _____ કુલ ટાઈમ પાર્ટ ટાઈમ

Employer:

Full Time

Part Time

D. આરોગ્ય વીમા પાત્રતા ચકાસણી

Health Insurance Eligibility Verification

નીચેનામાંથી દરેક માટે 'હા' અથવા 'ના' પસંદ કરો:

Select 'yes' or 'no' for each of the following questions:

1. શું તમે Medicare માટે અરજી કરી છે કે નામંજૂર કરવામાં આવી છે?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Have you applied or been denied for Medicare?	Yes	No
a. Medicare વિભાગ A?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Medicare Part A?	Yes	No
b. Medicare વિભાગ B?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Medicare Part B?	Yes	No
c. Medicare વિભાગ C?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Medicare Part C?	Yes	No
2. શું તમે Medicaid માટે અરજી કરી છે કે નકારવામાં આવી છે?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Have you applied or been denied for Medicaid?	Yes	No
a. જો તમને નકાર આપવામાં આવ્યો હતો, તો શું છેલ્લા 90 દિવસમાં નકાર આપવામાં આવ્યો હતો?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
If you were denied, was the denial within the last 90 days?	Yes	No
3. શું તમે આનાથી સંબંધિત નાણાકીય સહાય સેવાઓ માટે અરજી કરી રહ્યા છો:	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Are you applying for financial assistance services related to:	Yes	No
a. મોટર વ્હિકલ એક્સિડન્ટ?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Motor vehicle accident (MVA)?	Yes	No
b. ગુના પિડિત?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Crime victim?	Yes	No
c. કામદારનું વળતર?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Workers compensation?	Yes	No
d. અન્ય ઈજા (ઉદાહરણ તરીકે, લપસવું અને પડવું)?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Other injury (for example, slip and fall)?	Yes	No
4. શું તમારા નોકરીદાતા અથવા જીવનસાથીના નોકરીદાતા સમૂહમાં આરોગ્ય વીમો આપે છે?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	Yes	No
5. શું તમે તમારા નોકરીદાતા અથવા જીવનસાથીના નોકરીદાતા દ્વારા છેલ્લા 3 થી 6 મહિનામાં કવરેજ મેળવ્યું છે?	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	Yes	No

a. જો હા, તો શું કોન્સોલિડેટેડ ઓમ્નિબસ બજેટ સમાધાન અધિનિયમ (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> હા Yes	<input type="checkbox"/> ના No
6. શું તમારી પાસે કોઈ અન્ય આરોગ્ય વીમો છે? Do you have any other health insurance? a. જો હા, તો વીમાની માહિતી આપો: If yes, please provide the insurance information:	<input type="checkbox"/> હા Yes	<input type="checkbox"/> ના No
7. શું તમે Henry Ford Health સેવાના વિસ્તારના કાયમી રહેવાસી છો? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> હા Yes	<input type="checkbox"/> ના No

E. ઘરના સભ્યો અને ઘરગથ્થુ રોજગાર આવક

Household Members and Household Employment Income

દર્દીના પરિવાર વિશે આ વિભાગ પૂર્ણ કરો:

Complete this section about the patient's household:

તમારા ઘરમાં કેટલા સભ્યો છે? _____ કૃપા કરીને ઘરમાં
કમાતા હોય તેવા તમામ સભ્યોની યાદી આપો (જરૂર હોય તો બીજી શીટ જોડો):

How many people are in your household? _____ List any household
member who earns an income (attach another sheet if needed):

ઘરના સભ્યનું નામ Household Member Name	દર્દી સાથેનો સંબંધ Relationship to Patient	કુલ માસિક આવક (કપાત પહેલાં) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
કુલ માસિક આવક: Total Monthly Gross Income:		

F. ઘરની અન્ય આવક

Household Other Income

જો આ આવકના અન્ય સ્ત્રોત છે, તો દર્દીની અન્ય આવક વિશે આ વિભાગ પૂર્ણ કરો:

Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:

આવકના અન્ય સ્ત્રોતો Other Income Sources	પ્રતિ મહિને રકમ Amount Per Month
બાળકને સહાય/ખોરાકી Child Support/Alimony	\$
ફોસ્ટર કેર, ટાઉનશીપ ટ્રસ્ટી, ચર્યની આવક, વગેરે.	\$

Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	
પેન્શન, સામાજિક સુરક્ષા, સામાજિક સુરક્ષા વિકલાંગતા Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
ભાડાંની મિલકત Rental Property	\$
વાર્ષિકી, વ્યાજ, નિવૃત્તિ વિતરણ Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
બેરોજગારી ભથ્થુ અથવા કામદારનું વળતર Unemployment or Worker's Compensation	\$
અન્ય (કૃપા કરીને સ્પષ્ટ કરો) Other (please specify)	\$
કુલ અન્ય આવકના સ્ત્રોતો Total Other Income Sources	\$

G. પારિવારિક મિલકતો

Household Assets

જો આ પારિવારિક મિલકતો હોય, તો દર્દીની પારિવારિક મિલકતો વિશેનો આ વિભાગ પૂર્ણ કરો:

Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:

મિલકતનો પ્રકાર Type of Asset	કુલ Total
રોકડ Cash	\$
બચત ખાતું Savings Account	\$
ખાતાં તપાસ Checking Account	\$
સ્ટોક Stocks	\$
બોન્ડ Bonds	\$
બચત બોન્ડ Savings Bonds	\$
ડિપોઝિટના પ્રમાણપત્રો Certificates of Deposit (CDs)	\$
મની માર્કેટ એકાઉન્ટ્સ Money Market Accounts	\$
મ્યુચ્યુઅલ ફંડ્સ Mutual Funds	\$
ટ્રસ્ટ Trusts	\$
કુલ મિલકતો Total Assets	\$

H. માસિક ઘરેલું ખર્ચાઓ

Monthly Household Expenses

જો કોઈ ઘરગથ્થુ ખર્ચ હોય તો દર્દીના ઘરના ખર્ચ વિશે આ વિભાગને પૂર્ણ કરો:

Complete this section about the patient's household expenses if there are any household expenses:

ખર્ચનો પ્રકાર Type of Expense	પ્રતિ મહિને રકમ Amount Per Month
ભાડું Rent	\$
ગીરો Mortgage	\$
બાળ સહાય Child Support	\$
કરિયાણું Groceries	\$
વાહન ચુકવણી Vehicle Payment	\$
સામાન્ય રસીદો General Bills	\$
કુલ માસિક ઘરેલું ખર્ચાઓ Total Monthly Household Expenses	\$

I. અધિકૃતતા Authorization

હું HFH નીતિઓ અને પ્રક્રિયાઓ અનુસાર નાણાકીય સહાય માટેની મારી પાત્રતાના દરજ્જાના નિર્ધારણ માટે આ અરજીમાં સમાવિષ્ટ માહિતી Henry Ford Health (HFH) ને પ્રકાશિત કરવાની અધિકૃતતા આપું છું. હું આ માહિતીને આવશ્યક રૂપે ચકાસવા માટે HFH ને અધિકૃત કરું છું, જેમાં ક્રેડિટ બ્યૂરો અહેવાલ મેળવવા, રોજગાર અને/અથવા આવકની ચકાસણી કરવી અને યોગ્ય સહાયક દસ્તાવેજો મેળવવા માટે અને એ ઉપરાંતની બાબતો શામેલ હોઈ શકે છે, પરંતુ તે પૂરતું સિમિત નથી. આ અરજીમાં મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી બધી માહિતી અને આવકના દસ્તાવેજો સાચા, સચોટ અને બતાવ્યા પ્રમાણે સંપૂર્ણ છે. જો કોઈપણ સમયે નિર્ધારિત કરવામાં આવે છે કે મેં આપેલી માહિતી ખોટી કે અચોક્કસ હતી, તો બધી આર્થિક સહાય ઉલટાવી દેવામાં આવશે અને કંઈપણ અને તમામ બાકીની ચુકવણીની તાત્કાલિક ભરપાઈ કરવા માટેની જવાબદારી હું સ્વીકારીશ. કોઈપણ આંશિક આર્થિક સહાયની છૂટ પછીની બાકી નીકળતી રકમ ભરપાઈ કરવા માટેની જવાબદારી સ્વીકારવા માટે પણ હું સંમત છું.

I hereby authorize the release of the information contained in this application to Henry Ford Health (HFH) for the determination of my eligibility status for financial assistance in accordance with HFH policies and procedures. I authorize HFH to verify this information as necessary, which may include but is not limited to, obtaining a credit bureau report, verifying employment and/or income, and obtaining appropriate supporting documents. All information and income documentation provided by me in this application is true, accurate and complete as shown. If it is determined at any time the information I provided was false or inaccurate, all financial assistance will be reversed, and I will accept responsibility for full and immediate payment of any and all outstanding balances. I also agree to accept payment responsibility for any amount due after any partial financial assistance discounts.

મોટા અક્ષરોમાં નામ: _____

Print Name:

દર્દી સાથેનો સંબંધ: _____

Relationship to Patient:

સહી: _____

Signature:

તારીખ: _____

Date:

કૃપા કરીને ચકાસો કે તમે આ દસ્તાવેજ પૂર્ણ કર્યો છે અને તમે તમારી અરજી પરત કરો તે પહેલાં તમારી વિનંતી પર પ્રક્રિયા કરવા માટે જરૂરી તમામ લાગુ પડતા દસ્તાવેજો પ્રદાન કર્યા છે:

Please verify that you have completed this document and provided all applicable documentation needed to process your request before you return your application:

- અરજીના તમામ પાનાઓ સહી અને તારીખ સહિત પૂર્ણ કર્યા છે.
Completed all pages of application, including signature and date.
- તમારા સૌથી તાજેતરના વર્ષના વેતન અને કર નિવેદનો (ફોર્મ W-2) અને અથવા પરચુરણ આવક (ફોર્મ 1099) સાથે જોડેલ છે.
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- ઘરના દરેક સભ્યની વર્ષ-થી-તારીખની કમાણી સાથે છેલ્લા 2 મહિનાના પગારના સ્ટબ્બને જોડેલ છે.
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- સૌથી તાજેતરના વર્ષ (ફોર્મ 1040) માટે તમારું ફેડરલ ઇન્કમ ટેક્સ રિટર્ન જોડેલ છે.
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- તમારા મિશિગન ડ્રાઇવર્સ લાયસન્સ અથવા મિશિગન રાજ્ય ઓળખ કાર્ડની નકલ જોડેલ છે.
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- તમારા છેલ્લા બે મહિનાના તાજેતરના બેંક સ્ટેટમેન્ટ્સ: ચેકિંગ/બચત જોડેલ છે.
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.
- અન્ય આવકનો પુરાવો (અથવા ઉદાહરણ: ભાડાની આવક, વગેરે) જોડેલ છે
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)
- જો તમારી પાસે કવરેજ હોય તો તબીબી વીમા કાર્ડની નકલ જોડેલ છે.
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.
- જો તમે અરજી કરી હોય અને નકારવામાં આવી હોય તો Medicaid નામંજૂર પત્રની એક નકલ શામેલ છે
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

કૃપા કરીને નોંધ કરો, તમારી અરજીનું વધુ મૂલ્યાંકન કરવા માટે વ્યક્તિગત નાણાકીય જરૂરિયાતના નિવેદનની જરૂર પડી શકે છે.

Please note, a statement of personal financial need may be required to further evaluate your application.