

## ચેરિટી કેઅર/આર્થિક સહાયતા અરજી પત્રકની સૂચનાઓ

આ ઓવરલેક હોસ્પિટલ મેડિકલ સેન્ટર (OHMC) અને/અથવા ઓવરલેક મેડિકલ ક્લિનિક્સ, LLC (OMC) ખાતે આર્થિક સહાયતા (જે ચેરિટી કેઅર તરીકે પણ ઓળખાય છે) માટેની અરજી છે.

બધી હોસ્પિટલો આવકની ચોક્કસ જરૂરિયાતો પૂરી કરતા લોકો અને કુટુંબોને આર્થિક સહાયતા પૂરી પાડે તે વોશિંગ્ટન રાજ્યના કાયદા પ્રમાણે જરૂરી છે. તમે સ્વાસ્થ્ય વીમો ધરાવતા હો તો પણ તમારા કુટુંબના કદ અને આવકના આધારે તમે મફત સંભાળ અથવા ઘટાડેલા દર પર સંભાળ માટે લાયક સાબિત થઈ શકો છો. *આર્થિક સહાયતા નીતિ* [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies) ખાતે જોઈ શકાય છે.

આર્થિક સહાયતા શું આવરી લે છે? તમારી યોગ્યતાના આધારે આર્થિક સહાયતા OHMC અને/અથવા OMC દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી યોગ્ય સેવાઓ આવરી લે છે. આર્થિક સહાયતા અન્ય સંસ્થાઓ દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ સહિત સ્વાસ્થ્યસંભાળનો બધો ખર્ચ આવરી ન લે તેમ બની શકે છે.

જો તમને પ્રશ્નો હોય અથવા આ અરજી પૂરી કરવામાં મદદ જોઈતી હોય તો: કૃપા કરીને 425-635-6239 પર અમારા આર્થિક સહાયતા સંયોજકનો સંપર્ક કરો. અપંગતા અને ભાષાની સહાયતા સહિત કોઈપણ કારણસર તમે મદદ મેળવી શકો છો.

તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા થઈ શકે તે માટે તમારે:

- તમારા કુટુંબ વિશેની માહિતી અમને પૂરી પાડવાની રહેશે  
તમારા ઘરમાં કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા ભરો (કુટુંબમાં જન્મ, લગ્ન અથવા દત્તક લીધેલા લોકોનો સમાવેશ થાય છે જેઓ સાથે રહેતા હોય)
- તમારા કુટુંબની કુલ માસિક આવક વિશે અમને માહિતી પૂરી પાડવી (કરવેરા અને કપાતો પહેલાંની આવક)
- કૌટુંબિક આવક માટેના દસ્તાવેજો પૂરા પાડવા
- જરૂર જણાય તો વધારાની માહિતી જોડવી
- પત્રકમાં સહી કરીને તારીખ લખવી

નોંધ: આર્થિક સહાયતા માટે અરજી કરવા તમારે સોશલ સિક્યોરિટી નંબર પૂરો પાડવો જરૂરી નથી. જો તમે અમને તમારો સોશલ સિક્યોરિટી નંબર આપો તો તેનાથી તમારી અરજીની પ્રક્રિયા ઝડપી બનાવવામાં મદદ મળશે. અમને પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતીની ખરાઈ કરવા માટે સોશલ સિક્યોરિટી નંબરનો ઉપયોગ થાય છે. જો તમારી પાસે સોશલ સિક્યોરિટી નંબર ન હોય તો કૃપા કરીને "લાગુ પડતું નથી" અથવા "NA" એવું નિશાન કરો.

બધા દસ્તાવેજો સાથે પૂરી કરેલી અરજી નીચેના સરનામે ટપાલથી મોકલો અથવા ફેક્સ કરો:

Overlake Hospital Medical Center  
1035 116th Ave NE  
Bellevue, WA 98004-9971

Attn: દર્દી નાણાકીય સેવાઓ

તમે સાથે જોડેલા રિટર્ન એન્વેલપનો ઉપયોગ કરી શકો છો.  
પરંતુ એક નકલ તમારી સાથે ચોક્કસ રાખો.

જો લાગુ પડતું હોય તો આવકના દસ્તાવેજો સહિત આર્થિક સહાયતાની અરજી પૂરી કર્યાના 14 કેલેન્ડર દિવસોની અંદર યોગ્યતાનો આખરી નિર્ણય અને અપીલનાં અધિકારો વિશે અમે તમને જાણ કરીશું.

આર્થિક સહાયતા અરજી સુપ્રત કરીને આર્થિક બાંહેધરીઓ અને માહિતીની પુષ્ટિ કરવા માટે જરૂરી પૂછપરછ કરવા માટે તમે તમારી સંમતિ અમને આપો છો.

અમે મદદ કરવા માંગીએ છીએ. કૃપા કરીને તમારી અરજી તાકીદે મોકલો!  
અમને તમારી માહિતી ન મળે ત્યાં સુધી તમે બિલ મેળવી શકો છો.

## ચેરિટી કેઅર/આર્થિક સહાયતા અરજી પત્રકની - ગુપ્ત

કૃપા કરીને બધી માહિતી પૂરેપૂરી ભરો. જો તે લાગુ પડતું ન હોય તો "NA" લખો. જરૂર જણાય તો વધારાના પાન જોડો.

### તપાસની માહિતી

શું તમને દુભાષિયાની જરૂર છે?  હા  ના જો હા તો પસંદગીની ભાષા જણાવો:

શું દર્દીએ મેડિકેઈડ માટે અરજી કરી છે?  હા  ના આર્થિક સહાયતા માટે વિચારણા કરવામાં આવે તે પહેલાં અરજી કરવી જરૂરી બની શકે છે

શું દર્દી હાલમાં બેઘર છે?  હા  ના

શું દર્દીની તબીબી સંભાળની જરૂરિયાત કાર અકસ્માત અથવા કામની ઈજા સાથે સંબંધિત છે?  હા  ના

### કૃપા કરીને નોંધ લેશો

- તમે અરજી કરો તો પણ તમે આર્થિક સહાયતા માટે લાયક સાબિત થશો તેવી ખાતરી અમે ન આપી શકીએ.
- એક વખત તમે તમારી અરજી મોકલો ત્યારબાદ અમે બધી માહિતી ચકાસી શકીએ છીએ અને વધારાની માહિતી અથવા આવકના પુરાવાની વિનંતી કરી શકીએ છીએ.
- અમે તમારી પૂરી કરેલી અરજી અને દસ્તાવેજો મેળવીએ ત્યારબાદ 14 કેલેન્ડર દિવસોની અંદર અમે તમને જાણ કરીશું કે તમે સહાયતા માટે લાયક સાબિત થાઓ છો કે કેમ.

### દર્દી અને અરજદારની માહિતી

દર્દીનું નામ

દર્દીનું મધ્ય નામ

દર્દીની અટક

<input type="checkbox"/> પુરુષ <input type="checkbox"/> સ્ત્રી <input type="checkbox"/> અન્ય (સૂચવો _____)	જન્મ તારીખ	સોશલ સિક્યોરિટી નંબર (વૈકલ્પિક*)  * વૈકલ્પિક, પરંતુ સરકારી કાચદાની જરૂરિયાતો ઉપરાંત વધારે ઉદાર સહાયતા માટે જરૂરી છે [???
બિલ ચૂકવવા માટે જવાબદાર વ્યક્તિ	દર્દી સાથેનો સંબંધ	જન્મ તારીખ
ટપાલનું સરનામું		સોશલ સિક્યોરિટી નંબર (વૈકલ્પિક*)  * વૈકલ્પિક, પરંતુ સરકારી કાચદાની જરૂરિયાતો ઉપરાંત વધારે ઉદાર સહાયતા માટે જરૂરી છે [???
શહેર	રાજ્ય	ઝિપ કોડ
બિલ ચૂકવવા માટે જવાબદાર વ્યક્તિનો રોજગારીનો દરજ્જો		મુખ્ય સંપર્ક નંબર(રો) ( ) _____ ( ) _____ ઈમેઈલ એડ્રેસ: _____
<input type="checkbox"/> રોજગાર ધરાવે છે (નોકરીએ રાખ્યાની તારીખ: _____) <input type="checkbox"/> બેરોજગાર (કેટલા સમયથી બેરોજગાર: _____)		
<input type="checkbox"/> સ્વરોજગાર <input type="checkbox"/> વિદ્યાર્થી <input type="checkbox"/> અપંગ <input type="checkbox"/> નિવૃત્ત <input type="checkbox"/> અન્ય ( _____ )		

### ક્રોનિક માહિતી

તમારા ઘરમાં તમારા સહિતના કુટુંબીજનોની યાદી આપો. "કુટુંબ"માં જન્મથી, લગ્નથી સંબંધિત અથવા દત્તક લીધેલા કે જે સાથે રહેતા હોય તેવા લોકોનો સમાવેશ થાય છે.

કુટુંબનું કદ \_\_\_\_\_

જો જરૂર જણાય તો વધારાનું પાન જોડો

નામ	જન્મ તારીખ	દર્દી સાથેનો સંબંધ	18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના હો તો: માલિક(કો)નું નામ અથવા આવકનો સ્રોત	18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના હો તો: કુલ માસિક આવક (કરવેરા પહેલાં):	આર્થિક સહાયતા માટે પણ અરજી કરી રહ્યા છો?
					હા / ના
					હા / ના
					હા / ના
					હા / ના

પુખ્ત વયના બધા કુટુંબીજનોની આવક પણ જાહેર કરવાની રહેશે. આવકના સ્રોતોમાં નીચેનાનો સમાવેશ થાય છે, દાખલા તરીકે:

- વેતન   - બેરોજગારી   - સ્વ-રોજગાર   - કામદારનું ભથ્થું   - અપંગતા   - SSI   - બાળ/જીવનસાથી સહાયતા
- કાર્ય અભ્યાસ કાર્યક્રમો (વિદ્યાર્થીઓ)   - પેન્શન   - નિવૃત્તિ ખાતાના વિતરણો   - અન્ય (કૃપા કરીને સમજાવો \_\_\_\_\_)

## ચેરિટી કેઅર/આર્થિક સહાયતા અરજી પત્રકની - ગુપ્ત

### આવકની માહિતી

યાદ રાખો: તમારી અરજી સાથે તમારે આવકનો પુરાવો સામેલ કરવાનો રહેશે.

તમારે તમારા કુટુંબની આવક અંગે માહિતી પૂરી પાડવાની રહેશે. આર્થિક સહાયતા નક્કી કરવા માટે આવકની ખરાઈ જરૂરી બને છે. 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના બધા કુટુંબીજનોએ તેમની આવક જાહેર કરવાની રહેશે. જો તમે દસ્તાવેજો પૂરા પાડી ન શકો તો તમે તમારી આવક વર્ણવતું લેખિત સહી કરેલું સ્ટેટમેન્ટ સુપ્રત કરી શકો છો. આવકના દરેક ઓળખવામાં આવેલા સ્ત્રોત માટે કૃપા કરીને પુરાવો આપો. આવકના પુરાવાના ઉદાહરણોમાં નીચેનાનો સમાવેશ થાય છે:

- "W-2" વિથહોલ્ડિંગ સ્ટેટમેન્ટ; અથવા
- હાલના પગારની રસીદો (૩ મહિના); અથવા
- શેડ્યુલ સહિત ગયા વર્ષનું આવક વેરા રિટર્ન, જો લાગુ પડતું હોય તો; અથવા
- માલિકો અથવા અન્યો તરફથી લેખિત, સહી કરેલા સ્ટેટમેન્ટ્સ; અથવા
- મેડિકેઈડ અને/અથવા સરકારી ભંડોળ સાથેની તબીબી સહાયતા માટે યોગ્યતાની મંજૂરી/નકાર; અથવા
- બેરોજગારી ભથ્થા માટે યોગ્યતાની મંજૂરી/નકાર.

જો તમારી પાસે આવકનો કોઈ પુરાવો ન હોય અથવા આવક ન હોય તો કૃપા કરીને સમજૂતી આપતું એક વધારાનું પાનું જોડો.

### વધારાની માહિતી

જો તમારી હાલની આર્થિક સ્થિતિ વિશે અન્ય માહિતી હોય કે જેના વિશે તમે અમને જણાવવા માંગતા હો, જેમ કે આર્થિક હાડમારી, સીઝન પ્રમાણેની કે કામચલાઉ આવક અથવા અંગત નુકસાન, તો કૃપા કરીને વધારાનું પાનું જોડો.

### દર્દી સાથે સમજૂતી

હું સમજું છું કે ઓવરલેક હોસ્પિટલ મેડિકલ સેન્ટર/ઓવરલેક મેડિકલ ક્લિનિક્સ LLC કેડિટની માહિતીની સમીક્ષા કરીને અને અન્ય સ્ત્રોતો પાસેથી માહિતી મેળવીને માહિતીની ખરાઈ કરી શકે છે જેથી આર્થિક સહાયતા અથવા ચૂકવણીઓની યોજના માટેની યોગ્યતા નક્કી કરવામાં મદદ મળી શકે.

હું પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપરોક્ત માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ જાણકારી પ્રમાણે સાચી અને ખરી છે. હું સમજું છું કે જો મેં આપેલી માહિતી ખોટી હોવાનું માલૂમ થાય તો તેના પરિણામે આર્થિક સહાયતા નકારવામાં આવશે અને જે સેવાઓ પૂરી પાડવામાં આવી હોય તેની ચૂકવણી કરવા માટે હું જવાબદાર હોઈશ અને તે માટે ચૂકવણી કરવાની મારી પાસેથી અપેક્ષા રાખવામાં આવશે.

અરજી કરનાર વ્યક્તિની સહી

તારીખ