

નાણાકીય સહાય અરજી

એકાઉન્ટ # \_\_\_\_\_

દર્દીનું નામ: \_\_\_\_\_

ડોયલેસ્ટાઉન હેલ્થ દ્વારા રજૂ કરવામાં આવેલા ડોયલેસ્ટાઉન હોસ્પિટલના નાણાકીય સહાય કાર્યક્રમમાં તમારી રૂચિ બદલ તમારો આભાર. કૃપા કરી તમારી ઘરેલુ કુલ આવક પ્રદર્શિત કરતો દસ્તાવેજ પૂરો પાડો.

કુટુંબનું કદ- માતા-પિતા અને તમામ આશ્રિતો સહિત, એક જ કુટુંબમાં રહેતાં તમામ વ્યક્તિઓ. (આઈ.આર.એસ. દ્વારા વ્યાખ્યાયિત કર્યા મુજબ) \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ રોજગારીમાંથી 3 તાજેતરની ચૂકવણીની પહોંચ.
- \_\_\_\_\_ 3 તાજેતરની બેંક સ્ટેટમેન્ટ ચકાસણી અને/અથવા બચત.
- \_\_\_\_\_ તમારી સૌથી છેલ્લી ટેક્સ રિટર્નની નકલ.
- \_\_\_\_\_ બેરોજગારી અથવા અપંગતા લાભો જણાવતાં પત્રની નકલ.
- \_\_\_\_\_ સ્વ-રોજગારી વ્યવસાય બેંક સ્ટેટમેન્ટ અને નફા-નુકસાનની નકલ.
- \_\_\_\_\_ સામાજિક સુરક્ષા લાભ ચૂકવણીની સૂચનાની એક વર્તમાન નકલ.
- \_\_\_\_\_ પેન્શનના ફાયદાઓ
- \_\_\_\_\_ નિર્વાહ ખર્ચ
- \_\_\_\_\_ અન્ય આવક

જો અરજી સાથે તમામ દસ્તાવેજો ન મળે તો, નિર્ણય વિલંબિત કરવામાં અથવા નકારવામાં આવી શકે છે.

જો તમને કોઈ પ્રશ્નો હોય તો, કૃપા કરી 215-345-2198 પર અમારા પેશન્ટ બિલિંગ એન્ડ ફાઇનાન્સિયલ સર્વિસિસ ઓફિસ સાથે સંપર્ક કરો.

સહી \_\_\_\_\_

મારા માહિતી મૂજબ ઉપર આપેલ માહિતી સાચી, સંપૂર્ણ અને યોગ્ય છે

સહીની તારીખ \_\_\_\_\_