

નાણાકીય સહાય અરજી

ટફ્ટ્સ મેડિસિન (Tufts Medicine) દરેક દર્દી માટે શ્રેષ્ઠ સેવા પૂરી પાડવામાં ગર્વ અનુભવે છે. ટફ્ટ્સ મેડિસિન ઈમરજન્સી માં અને જરૂરી તબીબી સંભાળ માટે ચૂકવણી કરવામાં અસમર્થ એવા દર્દીઓને પોતાની નાણાકીય સહાય પોલિસી દ્વારા નાણાકીય સહાય કરે છે. ટફ્ટ્સ મેડિસિન નાણાકીય સહાયનો હેતુ બિન-તબીબી હોય એવી જરૂરી સંભાળને આવરી લેવાનો નથી. તેનો હેતુ વીમા ની સહ-ચૂકવણીઓ, સહ-વીમા અથવા કપાતપાત્ર (ડિડક્ટિબલ) પર ડિસ્કાઉન્ટ આપવાનો પણ નથી.

જે દર્દીઓ સક્ષમ છે તેઓ પાસેથી ટફ્ટ્સ મેડિસિનમાં પ્રાપ્ત કરેલી સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરવાની અપેક્ષા રાખવામાં આવે છે. જો કે, નાણાકીય સહાય માટેની યોગ્યતા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ટફ્ટ્સ મેડિસિન નાણાકીય સહાય કાર્યક્રમ માટે અરજી કરતા પહેલા દર્દીઓને કોઈપણ ઉપલબ્ધ સરકારી સહાયતા કાર્યક્રમો, જેમ કે માસહેલ્થ (MassHealth), કનેક્ટર-કેર (ConnectorCare) અથવા હેલ્થ સેફ્ટી નેટ (Health Safety Net) માટે અરજી કરવા ભારપૂર્વક પ્રોત્સાહિત કરવામાં આવે છે. **સરકારી સહાયતા કાર્યક્રમ માટે યોગ્ય હોવા છતાં જો તેની અરજી કરવામાં આવતી નથી, તો તમારી અરજીમાં વિલંબ અથવા તેનો અસ્વીકાર થઈ શકે છે.** જો તમને સરકારી સહાયતા કાર્યક્રમો માટે અરજી કરવામાં મદદની જરૂર હોય, તો અમારા ટફ્ટ્સ મેડિસિન નાણાકીય કોઓર્ડિનેટર તમને મદદ કરી શકે છે.

નાણાકીય સહાયતા કાર્યક્રમો માટેની તમારી યોગ્યતા આ નાણાકીય સહાય અરજીની તમારી સંપૂર્ણ અને ભૂલરહિત પૂર્ણતા પર આધારિત છે.

સૂચનાઓ

કૃપા કરીને નાણાકીય સહાય અરજીને સંપૂર્ણ રીતે પૂર્ણ કરો અને તમામ અરજદારો માટે નીચેના દસ્તાવેજોની નકલો નો સમાવેશ કરો. જો 30 દિવસની અંદર તમામ જરૂરી દસ્તાવેજો સબમિટ નહિ થાય, તો અરજી નકારવામાં આવશે. કૃપા કરીને સબમિટ કરેલા દસ્તાવેજોની નકલો જોડો કારણ કે તે પરત કરી શકાતા નથી.

અરજીના તમામ લાગુ વિભાગોને પૂર્ણ કરો અને **પાનાં નંબર 4 પર એક્ટિવિટ સ્ટેટમેન્ટ પર સહી કરવાની ખાતરી કરો**

તમારા ડ્રાઇવિંગ લાયસન્સની નકલ, અન્ય ફોટો ઓળખ અથવા દસ્તાવેજો કે જે તમારા વર્તમાન રહેઠાણની ચકાસણી કરે છે તેનો સમાવેશ કરો. સબમિટ કરેલ કોઈપણ દસ્તાવેજમાં તમારું નામ હોવું આવશ્યક છે.

તમારા વીમા કાર્ડ (કાર્ડસ) ની નકલ જોડો

આવકની ચકાસણી માટે દસ્તાવેજ જોડો:

તમારા સૌથી તાજેતરના **W-2(s)** ની નકલ જોડો

જો તમારી આવકમાં તાજેતરમાં ફેરફાર થયો હોય, તો તાજેતર ની પગાર સ્લીપ (ઓછા માં ઓછી 4), બેરોજગારી સ્ટેટમેન્ટ, બેંક/રોકાણ સ્ટેટમેન્ટ અને/અથવા સોશિયલ સિક્યુરિટી સ્ટેટમેન્ટ જેવા દસ્તાવેજો જોડો

જો દર્દીનું મૃત્યુ થયું હોય, તો કૃપા કરીને મૃત્યુ પ્રમાણપત્રની નકલ અને એસ્ટેટની સ્થિતિ દર્શાવતો પત્ર પ્રદાન કરો.

TuftsMedicine

જો તમને કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને ટફ્ટ્સ મેડિસિન નાણાકીય સંકલન વિભાગનો અહીં સંપર્ક કરો:

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance
978-973-6700

અથવા તમે નીચેના ટફ્ટ્સ મેડિસિન સ્થાનો પર રૂબરૂ મળી શકો છો:

- ટફ્ટ્સ મેડિકલ સેન્ટર બ્યુવેન્ડ બિલ્ડિંગ, પ્રથમ માળ
260 ટ્રેમોન્ટ સ્ટ્રીટ
બોસ્ટન, MA 02111
- ટફ્ટ્સ મેડિકલ સેન્ટર પ્રોજર બિલ્ડિંગ, પ્રથમ માળ
800 વોશિંગ્ટન સ્ટ્રીટ
બોસ્ટન, MA 02111
- લોવેલ જનરલ હોસ્પિટલ ઇલોહ બિલ્ડિંગ, ગ્રાઉન્ડ ફ્લોર
295 વર્નુમ એવન્યુ
લોવેલ, MA 01854
- લોવેલ જનરલ હોસ્પિટલ સૈન્ટ્સ કેમ્પસ
1 હોસ્પિટલ ડ્રાઇવ, ગ્રાઉન્ડ ફ્લોર
લોવેલ, MA 01852
- મેલરોઝવેકફિલ્ડ હોસ્પિટલ
585 લેબનોન સ્ટ્રીટ, સ્યુટ 101
મેલરોઝ, MA 02176
- લોરેન્સ મેમોરિયલ હોસ્પિટલ અર્જન્ટ કેર પાસે ગ્રાઉન્ડ ફ્લોર
170 ગવર્નર્સ એવન્યુ
મેડફોર્ડ, MA 02155

કૃપા કરીને તમારી પૂર્ણ કરેલી અરજી અહીં મોકલો:

ટફ્ટ્સ મેડિકલ સેન્ટર
નાણાકીય સંકલન
800 વોશિંગ્ટન સ્ટ્રીટ, બોક્સ 475
બોસ્ટન, MA 02111

1 દર્દી/અરજદાર વિશે

કૃપા કરીને દર્દી અને/અથવા અરજદાર વિશે નો આ વિભાગ પૂર્ણ કરો.

દસ્તાવેજીકરણ જરૂરી છે: કૃપા કરીને એ દસ્તાવેજ જોડો જે રહેઠાણની ચકાસણી કરે છે: ડ્રાઇવિંગ લાઇસન્સ, અન્ય ફોટો ઓળખ અથવા દસ્તાવેજો જે તમારા વર્તમાન રહેઠાણ ને સાબિત કરે છે. સબમિટ કરેલ કોઈપણ દસ્તાવેજમાં દર્દીનું નામ હોવું જરૂરી છે.

| | |
|------------------------------|----------------|
| આજની તારીખ | _____ |
| દર્દીનું નામ | _____ |
| દર્દીની જન્મ તારીખ | ____/____/____ |
| દર્દી સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર | ____/____/____ |
| દર્દીનો મેડિકલ રેકોર્ડ નંબર | _____ |
| અરજદારનું નામ | _____ |
| અરજદારનો ફોન નંબર | _____ |
| અરજદારનું સરનામું | _____ |

અરજદાર કાં તો દર્દી છે અથવા દર્દી માટે આર્થિક રીતે જવાબદાર વ્યક્તિ છે.

જન્મ તારીખ નું ફોર્મેટ: MM/DD/YYYY

તમારા ઘર વિશે

ઘરના તમામ સત્યો, તેમની જન્મ તારીખ અને અરજદાર સાથેના સંબંધની યાદી બનાવો.

| | |
|------------------|----------------|
| ઘર સત્ય 1 | _____ |
| જન્મ તારીખ | ____/____/____ |
| દર્દી સાથે સંબંધ | _____ |
| ઘર સત્ય 2 | _____ |
| જન્મ તારીખ | ____/____/____ |
| દર્દી સાથે સંબંધ | _____ |
| ઘર સત્ય 3 | _____ |
| જન્મ તારીખ | ____/____/____ |
| દર્દી સાથે સંબંધ | _____ |
| ઘર સત્ય 4 | _____ |
| જન્મ તારીખ | ____/____/____ |
| દર્દી સાથે સંબંધ | _____ |
| ઘર સત્ય 5 | _____ |
| જન્મ તારીખ | ____/____/____ |
| દર્દી સાથે સંબંધ | _____ |

હા ના

શું તમે યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સના નાગરિક છો?

હા ના

જો ના હોવ, તો શું તમે કાયમી નિવાસી છો, અને કાયદેસર રીતે US* માં રહો છો?

*જો દર્દી કાયમી નિવાસી હોય, તો સત્તાવાર દસ્તાવેજ ની નકલ પ્રદાન કરો.

૨ વીમા માહિતી

કૃપા કરીને દર્દીના વીમા વિશે નો આ વિભાગ પૂર્ણ કરો.

દસ્તાવેજીકરણ જરૂરી છે: જો લાગુ પડતું હોય, તો કૃપા કરીને દર્દીના વીમા કાર્ડ (કાર્ડસ) ની નકલ, મેડિકેઇડ (Medicaid) તરફથી સૂચનાઓ, આવરી લેવામાં આવતી નથી તેવી સેવાઓની સૂચના, નેટવર્ક મર્યાદાઓના દસ્તાવેજીકરણનો સમાવેશ કરો. સબમિટ કરેલ કોઈપણ દસ્તાવેજમાં દર્દીનું નામ હોવું જરૂરી છે.

- હા ના શું તમે છેલ્લા ૬ મહિનામાં મેડિકેઇડ (Medicaid) અરજી સબમિટ કરી છે?
- હા ના શું તમારી પાસે પેન્ડિંગ અથવા માન્ય મેડિકેઇડ (Medicaid) અરજી છે?
- હા ના શું તમારી મેડિકેઇડ (Medicaid) અરજી નામંજૂર કરવામાં આવી છે?
- હા ના શું તમારી પાસે તબીબી વીમો છે?
- હા ના શું તમારો પ્લાન ટફ્ટ્સ મેડિસિન ખાતે ની સેવાઓને આવરી લે છે?
- હા ના શું તમારી વીમા કંપની દ્વારા કોઈ ચોક્કસ સેવા આવરી લેવામાં આવતી નથી?

જો હા, તો કૃપા કરીને એનું વર્ણન કરો

પ્રાથમિક વીમા માહિતી

વીમા નું નામ

વીમા નું સરનામું

પોલિસી/ID #

સમૂહ#

સપ્સ્ટાઇબર

સપ્સ્ટાઇબરની જન્મ તારીખ

સપ્સ્ટાઇબર સાથે સંબંધ

સપ્સ્ટાઇબર ના નિયોક્તા (એમ્પ્લોયર)

અસરકારક તારીખ

ગૌણ વીમા માહિતી

વીમા નું નામ

વીમા નું સરનામું

પોલિસી/ID #

સમૂહ#

સપ્સ્ટાઇબર

સપ્સ્ટાઇબરની જન્મ તારીખ

સપ્સ્ટાઇબર સાથે સંબંધ

સપ્સ્ટાઇબર ના નિયોક્તા (એમ્પ્લોયર)

અસરકારક તારીખ

3 માસિક કુલ આવક અને સંપત્તિ

કૃપા કરીને દર્દી અને વિભાગ 1 માં સૂચિબદ્ધ ઘરના દરેક સભ્ય કે જેઓ કામ કરે છે તેમની આવક અને સંપત્તિ વિશે આ વિભાગ પૂર્ણ કરો. કૃપા કરીને કુલ આવકની સૂચિ બનાવો, જે કર અને કપાત પહેલાંની આવક છે. દસ્તાવેજીકરણ જરૂરી છે: કૃપા કરીને આ આવકની ચકાસણી કરતા દસ્તાવેજો જોડો: પગાર સ્લીપ, આવકવેરા, W2 સ્ટેટમેન્ટ, બેંક સ્ટેટમેન્ટ, બ્રોકરેજ સ્ટેટમેન્ટ અથવા અન્ય પુરાવા.

જો દર્દી અને તેમના ઘરના સભ્યો પાસે કોઈ કમાણી કરેલ આવક અથવા સંપત્તિ ન હોય તો કલમ 3 ખાલી છોડી શકાય છે.

ઘરની આવક

| | દર્દી | ઘર સભ્ય 1 | ઘર સભ્ય 2 | ઘર સભ્ય 3 | ઘર સભ્ય 4 | (ફક્ત ફેસિલિટી ના ઉપયોગ માટે) |
|-------------------------|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------|
| વેતન/પગાર/ટિપ્સ | | | | | | |
| બેરોજગારી વળતર | | | | | | |
| સોશિયલ સિક્યુરિટી | | | | | | |
| ચાઇલ્ડ સપોર્ટ + એલિમોની | | | | | | |
| સ્વ-રોજગાર આવક | | | | | | |
| વ્યાજ/ડિવિડન્ડ ની આવક | | | | | | |
| પેન્શન | | | | | | |
| IRA/સ્ટોક્સ/બોન્ડ્સ | | | | | | |
| ભાડાથી આવક | | | | | | |
| ટ્રસ્ટ ચુકવણીઓ | | | | | | |
| કામદાર વળતર | | | | | | |
| વેટરન લાભો | | | | | | |

આવક સ્ટેટમેન્ટનો અભાવ

જો તમારી કોઈ આવક ન હોય અને અન્ય વ્યક્તિ દ્વારા નાણાકીય સહાય કરવામાં આવી રહી હોય, તો કૃપા કરીને તેમને નીચેનું નિવેદન પૂર્ણ કરીને સહી કરવાનું કહો.

દર્દીનું નામ _____
ની હાલમાં કોઈ આવક નથી. હું હાલમાં તેમને ખોરાક, આશ્રય અને કપડાંની મદદ કરી રહ્યો/રહી છું. હું તેમને દર મહિને સરેરાશ

\$ _____ ની રકમમાં આર્થિક મદદ પણ કરું છું.

સહાય કરનારની સહી

તારીખ _____

ઘરગથ્થુ સંપત્તિ—ચેકીંગ અને બચત ખાતા

| ખાતાનો પ્રકાર | બેંક/સંસ્થા | બેલેન્સ |
|---------------|-------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ખાતાનો પ્રકાર: ચેકીંગ અથવા બચત.

અન્ય ઘરગથ્થુ સંપત્તિ જેની ગણતરી થઈ શકે છે

| ખાતાનો પ્રકાર | બેંક/સંસ્થા | બેલેન્સ |
|-------------------------|-------------|---------|
| સ્ટોક્સ/બોન્ડ્સ | | |
| ડિપોઝિટનું પ્રમાણપત્ર | | |
| US સેવિંગ્સ બોન્ડ્સ | | |
| હેલ્થ બચત ખાતું (HSA) | | |
| બચત પ્રમાણપત્ર | | |
| ક્રિસમસ અથવા વેકેશન કલબ | | |
| અન્ય | | |

4 તબીબી મુશ્કેલી

આ વિભાગ કદાચ તમને લાગુ ન પણ પડે. જો તમારા નોંધપાત્ર તબીબી બીલ હોય તો કૃપા કરીને આ વિભાગને પૂર્ણ કરો. ટફ્ટ્સ મેડિસિન અને અન્ય પ્રદાતાઓના આરોગ્યસંભાળ ખર્ચની સૂચિ બનાવો. દસ્તાવેજોની માગણી કરી શકાય છે પરંતુ આ સમયે તે જરૂરી નથી.

| તબીબી ખર્ચ | કુલ રકમ | ખર્ચ કેટલી વાર થાય છે? | (ફક્ત ફેસિલિટી ના ઉપયોગ માટે) |
|------------|---------|--|-------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક | |
| | | <input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક | |
| | | <input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક | |
| | | <input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક | |
| | | <input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક | |
| | | <input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક | |

એફિડેવિટ - બધા અરજદારોએ સહી કરવી જરૂરી છે

હું શપથ લઉં છું (અથવા ખાતરી કરું છું) કે આ ફોર્મ પર દર્શાવેલ તમામ માહિતી મારી શ્રેષ્ઠ ક્ષમતા, જ્ઞાન અને માન્યતા પ્રમાણે સાચી, ચોક્કસ અને સંપૂર્ણ છે. હું ટફ્ટ્સ મેડિસિનને એક અઠવાડિયાની અંદર, આ ફોર્મ પર દર્શાવેલ આવક, નાણાકીય સંસાધનો અથવા અન્ય માહિતીમાંના તમામ ફેરફારો જાણ કરવા માટે સંમત છું, જે ટફ્ટ્સ મેડિસિન ખાતે નાણાકીય સહાય મેળવવાની મારી પાત્રતાને અસર કરી શકે છે. હું સમજું છું કે મારા નિવેદન અને કાર્યક્રમ માટેની યોગ્યતા ચકાસવા માટે મારી ક્રેડિટ અને અન્ય નાણાકીય માહિતીનો સંદર્ભ લેવામાં આવી શકે છે. હું સમજું છું કે ડિસ્કાઉન્ટ માટે વિચારણા કરવા માટે સચોટ અને જરૂરી સહાયક દસ્તાવેજો સબમિટ કરવા માટે મારી પાસે 30 દિવસ છે.

નાણાકીય સહાય મેળવવાના હેતુથી દર્દી દ્વારા સબમિટ કરેલ બનાવટી નિવેદનો મેસેચ્યુસેટ્સ એટર્ની જનરલ ઓફિસને મોકલવામાં આવશે. જો દર્દીઓ ની કાર્યક્રમની અરજી ખોટી હોવાનું જણાય છે તો તેઓ કાર્યક્રમ માટે લાયક રહેશે નહીં અને કાર્યક્રમ હેઠળ પહેલા દિવસથી જે પણ ખર્ચ કરવામાં આવ્યા હતા તે તમામ ખર્ચ માટે તેઓને જવાબદાર ગણવામાં આવશે.

અરજદાર ની સહી _____

તારીખ LL/LL/LLLLL

બધા અરજદારોએ તેમની અરજીને ધ્યાનમાં લેવા માટે એફિડેવિટ પર સહી કરવી જરૂરી છે.