



0332

નાણાકીય સહાય અરજીની સૂચનાઓ

1. કૃપા કરીને જોડાયેલ એપ્લિકેશન ફોર્મ પરના **તમામ** ક્ષેત્રોને પૂર્ણ કરો. જો કોઈ ક્ષેત્ર તમને લાગુ પડતું ન હોય તો આપેલ જગ્યામાં N / A લખો.
2. કોઈ પણ પ્રશ્નનો જવાબ આપવા માટે તમારે વધુ જગ્યાની જરૂર હોય તો વધારાનું પૃષ્ઠ જોડો.
3. જ્યારે તમે આ એપ્લિકેશન સબમિટ કરો ત્યારે તમારે આવકના દસ્તાવેજોનો પુરાવો આપવો આવશ્યક છે. નીચેના દસ્તાવેજો આવકના પુરાવા તરીકે સ્વીકારવામાં આવે છે:

જો તમે ફેડરલ ઇન્કમ ટેક્સ રિટર્ન દાખલ કર્યું હોય તો તમારે એક નકલ રજૂ કરવી પડશે:

- a. સૌથી તાજેતરનાં વર્ષથી ફેડરલ ઇન્કમ ટેક્સ રિટર્ન (ફોર્મ 1040). ઇન્ટર્નલ રેવન્યુ સર્વિસમાં રજૂ કરેલી તમામ કાર્યસૂચિઓ અને જોડાણોનો તમારે સમાવેશ કરવાનો રહેશે.

જો તમે ફેડરલ ઇન્કમ ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ કર્યું ન હોય તો કૃપા કરીને નીચે મુજબ આપો:

- a. બે (2) સૌથી તાજેતરના પેચેકની પાવતી; અને
- b. શા માટે તમે ફેડરલ ઇન્કમ ટેક્સ રિટર્ન ફાઇલ નથી કરતા તેની સમજૂતિ આપતો પત્ર.

જો તમારી પાસે કોઈ આવક અથવા આવકના દસ્તાવેજોનો પુરાવો ન હોય તો કૃપા કરીને તેની સમજૂતિ આપતો એક પત્ર પ્રદાન કરો કે તમે કેવી રીતે તમારી જાતનું/કુટુંબનું ભરણપોષણ કરો છો.

4. તમામ જરૂરી માહિતી પૂરી પાડવામાં ન આવે ત્યાં સુધી સહાયતા માટેની તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરી શકાતી નથી.
5. **ચૌદ (14) દિવસની** અંદર તમામ આવશ્યક જોડાણો સાથે નાણાકીય સહાયતાની અરજીને તમે પૂર્ણ કરી અને રજૂ કરો તે મહત્વનું છે.
6. તમારે નાણાકીય સહાય અરજી પર હસ્તાક્ષર અને તારીખ લખવા આવશ્યક છે. જો દર્દી/જવાબદાર પક્ષ અને જીવનસાથી માહિતી પૂરી પાડતા હોય તો બંનેએ અરજી પર સહી કરવી આવશ્યક છે.
7. જો તમારે કોઈ પ્રશ્નો હોય, તો કૃપા કરીને સોમવાર થી ગુરુવાર સવારે 9:00 વાગ્યા થી સાંજના 5:00 વાગ્યા વચ્ચે, અને શુક્રવારે (સપ્તાહાંત અને રજાઓ સિવાય) સવારે 9:00 વાગ્યાથી બપોરે 2:00 વાગ્યા સુધી Patient Business Office (909) 651-4177 પર ફોન કરો. સપ્તાહાંત, રજાઓ અને કામકાજના કલાકો પછી, કૃપા કરીને સહાયતા માટે કોઈ નોંધાયેલા પ્રતિનિધિનો સંપર્ક કરો.
8. તમારી પૂર્ણ નાણાકીય સહાય અરજી અને બધા જરૂરી દસ્તાવેજો અહીં મોકલો:

Loma Linda University Medical Center
Patient Business Office
P.O. Box 700
Loma Linda, CA 92354



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

Loma Linda University Medical Center

નાણાકીય સહાય અરજીની સૂચનાઓ

પૃષ્ઠ 3 પૈકીનું 1

દર્દીની ઓળખ

નાણાકીય સહાય અરજીની સૂચનાઓ

આ ફોર્મનો હેતુ Loma Linda University Medical Center ચેરિટી કેર/ડિસ્કાઉન્ટ યુક્વણી નીતિ અનુસાર નાણાકીય સહાય માટે દર્દી/જવાબદાર પક્ષની પાત્રતા નક્કી કરવાનો છે.

દર્દી/જવાબદાર પક્ષ
(બાંધધરી આપનાર)નું નામ _____

જીવનસાથીનું
નામ _____

સરનામું

ફોન
ઘર: _____
કાર્ય: _____

સામાજીક સુરક્ષા નંબર
દર્દી/જવાબદાર પક્ષ _____

જીવનસાથી _____

કુટુંબની સ્થિતિ (તમે ભરણપોષણ કરતા હોય તે તમામ આશ્રિતોની યાદી આપો)

નામ	ઉંમર	સંબંધ

રોજગારની સ્થિતિ

દર્દી/જવાબદાર પક્ષ

નોકરીદાતા

દર્દી/જવાબદાર પક્ષ _____

હોદ્દો _____

નોકરીદાતા _____

સંપર્ક માટે જવાબદાર વ્યક્તિ _____

નોકરીદાતાનો સંપર્ક _____

ટેલિફોન _____

જીવનસાથીના રોજગારદાતા

જીવનસાથીનો હોદ્દો _____

નોકરીદાતા _____

સંપર્ક માટે જવાબદાર વ્યક્તિ _____

નોકરીદાતાનો સંપર્ક _____

ટેલિફોન _____



ઇનકમિંગ

	દર્દી/બાંધધરી આપનાર	જીવનસાથી
1. કુલ વેતન અને પગાર/વાર્ષિક (કપાત પહેલાં)	\$ _____	\$ _____
2. સ્વ-રોજગાર આવક/વાર્ષિક	\$ _____	\$ _____
3. અન્ય આવક:		
a. વ્યાજ અને ડિવિડંડ	\$ _____	\$ _____
b. જમીન જાગીરના ભાડા અને પટ્ટા કરાર	\$ _____	\$ _____
c. સામાજિક સુરક્ષા	\$ _____	\$ _____
d. ગુજરાન ખર્ચ	\$ _____	\$ _____
e. બાળ સહાય	\$ _____	\$ _____
f. બેરોજગારી/અક્ષમતા	\$ _____	\$ _____
g. જાહેર સહાય	\$ _____	\$ _____
h. અન્ય તમામ સ્ત્રોતો (સૂચિ જોડો)	\$ _____	\$ _____
કુલ આવક (ઉપરની લાઇન્સ 1-3h ઉમેરો)	\$ _____	\$ _____

અસામાન્ય ખર્ચ

તબીબી બિલો, નાદારી, અદાલતના ચુકાદાઓ અથવા પતાવટની ચૂકવણીઓ(જરૂરીયાતો પ્રમાણે સૂચિ જોડો) જેવા કોઈપણ અસામાન્ય ખર્ચો વિશે માહિતી આપો.

વર્ણન	રકમ

નીચે સહી કરીને, હું/અમે જાહેર કરીએ છીએ કે આપેલી બધી માહિતી મારા/અમારા જ્ઞાન મુજબ શ્રેષ્ઠ અને સાચી છે. આ અરજીમાં સૂચિબદ્ધ કોઈપણ માહિતી ચકાસવા માટે હું/અમે LLUMC ને અધિકૃત કરીએ છીએ. હું/અમે સ્પષ્ટ રીતે મારા/અમારા નોકરીદાતાનો સંપર્ક કરવાની પરવાનગી આપીએ છીએ.

_____	_____	_____
દર્દી/જવાબદાર પક્ષકારના હસ્તાક્ષર	દર્દી સાથે સંબંધ	તારીખ
_____	_____	_____
જીવનસાથીના હસ્તાક્ષર	તારીખ	

