

AtlantiCare

REGIONAL MEDICAL CENTER

નાણાકીય અરજી

આ અરજી સાથે આવકનો પુરાવો હોવો જ જોઈએ. (2 પે સ્ટબ)

વિનંતી કરાયેલા તમામ દસ્તાવેજોની નકલ મોકલો. મૂળ દસ્તાવેજો ના મોકલો કારણકે તે પાછા આપવામાં નહીં આવે.

વિભાગ I - વ્યક્તિગત માહિતી

| | | | |
|--|---------|--|--|
| 1. દર્દીનું નામ: | | 2. સોશિઅલ સિક્યુરિટી નંબર: (જો લાગુ પડતું હોય તો) | |
| (છેલ્લું) | (પ્રથમ) | (મધ્ય) | |
| 3. અરજીની તારીખ: | | 4. એકાઉન્ટ નંબર અથવા આ અરજી કવર કરે છે તે સેવાની ચોક્કસ તારીખ: | |
| 5. શેરીનું સરનામું: | | 6. ટેલિફોન નંબર: | |
| 7. શહેર, સ્ટેટ, ઝિપકોડ: | | 8. *કુટુંબના સભ્યો: | |
| *કુટુંબના સભ્યોમાં પોતે, જીવનસાથી અને નાના બાળકોનો સમાવેશ થાય છે. ગર્ભવતી મહિલાને બે સભ્યો તરીકે ગણવામાં આવે છે. | | | |
| 9. U.S. નાગરિકત્વ છે? હા અથવા ના | | 10. ગેરન્ટરનું નામ (જો દર્દી સિવાય અન્ય હોય તો): | |

વિભાગ II - આવકના માપદંડો

| | | |
|---------------------------|----------|---|
| 11. કપાત પહેલાં પગાર/વેતન | \$ _____ | પગાર/વેતનના પુરાવા તરીકે બે પે સ્ટબની નકલ જોડો. |
| દર્દી અથવા ગેરન્ટરની સહી: | | તારીખ: |

અરજી અને પે સ્ટબની નકલો મોકલવાનું સરનામું:

ATLANTICARE BUSINESS OFFICE CUSTOMER SERVICE
65 JIMMIE LEEDS RD.
POMONA, NJ 08240

| | | |
|--|--|---------------------|
| માત્ર ઓફિસના ઉપયોગ માટે: | મળ્યા તારીખ: | સમીક્ષા તારીખ: |
| વાર્ષિક આવક: | \$ _____ | ફેડરલ પોવર્ટી લેવલ: |
| | | % |
| મંજૂર (સર્કલ): | ઇનકાર માટેના કારણો: | |
| હા | _____ દર્દી જવાબદારી, રાહત દરના ચાર્જની રકમ કરતા ઓછી | |
| ના (લાગુ પડતા તમામ કારણો ચકાસો) | _____ દર્દીની વધારાની આવક | |
| | અન્ય: _____ | |
| વધારાની વિચારણા માટે રિફર કરાયેલા કાર્યક્રમો (લાગુ પડતા તમામ પર વર્તુળ કરો): ચેરિટી કેરમેડિકએઇડ | | |
| અન્ય (કૃપા કરીને સમજાવો): _____ | | |
| મંજૂર કરનાર: | મંજૂરી તારીખ: | |
| નામ પ્રિન્ટ કરો: | સહી: | |
| અરજદારને જાણ કરી (તારીખ): | અરજદારને જાણ કરનાર કર્મચારી: | |
| એડજસ્ટ કરવાના ખાતાંઓ (વધારાના ખાતાંઓ માટે ફોર્મના પાછળના ભાગનો ઉપયોગ કરો અને અરજી પાછળ ફેરવવાનું સૂચવો): | | |
| ખાતા #: _____ | ખાતા #: _____ | ખાતા #: _____ |
| રકમ \$: _____ | રકમ \$: _____ | રકમ \$: _____ |