

Geisinger

નાણાકીય અરજી

આવકનો પુરાવો આ અરજી સાથે હોવો જોઈએ (2 પે સ્ટબ અથવા 1040)
અસલ નકલોનો સમાવેશ કરશો નહીં કારણ કે તે પરત કરવામાં આવશે નહીં

વિભાગ 1- દર્દીની માહિતી

1. દર્દીનું નામ	2. તબીબી રેકોર્ડ નંબર:
(અટક)	(નામ)
(મધ્ય આધાક્ષર)	
3. અરજી કરવાની તારીખ	4. વધારાના તબીબી રેકોર્ડ નંબરો આ અરજી આવરી લે છે:
5. શેરીનું સરનામું:	6. ટેલીફોન નંબર:
7. શહેર, રાજ્ય, ઝિપ કોડ:	8. *કુટુંબના સભ્ય:
*કુટુંબના સભ્યમાં પોતે, પત્ની અને કોઈપણ સગીર બાળકોનો સમાવેશ થાય છે. સગર્ભા સ્ત્રીની ગણતરી પરિવારના બે સભ્યો તરીકે થાય છે.	
9. યુએસ નાગરિકતા? હા અથવા ના	10. સામાજિક સુરક્ષા નંબર અથવા વ્યક્તિગત કરદાતા ઓળખ નંબર:

11. કપાત પહેલા પગાર/વેતન: \$ _____	પગાર/વેતન અથવા વર્તમાન આંતરઆરએસ (Internal Revenue Service, IRS) 1040 ફાઇલિંગને સમર્થન આપવા માટે બે પે સ્ટબની નકલો શામેલ કરો
12. પ્રાથમિક સ્વાસ્થ્ય કવરેજ: (જો Medicare, સેવાનિવૃત્ત સૈનિક બાબતો અથવા વીમા વગરના હોય, તો પેન્સિલવેનિયા તબીબી સહાયતા (Pennsylvania Medical Assistance) નિર્ધારણનો સમાવેશ કરવો આવશ્યક છે)	
13. શું પરિવાર પાસે \$5,000 થી વધુ સંપત્તિ છે? (હા/ના)	મિલકતનો સમાવેશ થાય છે: (ચેકિંગ/બચત; મની માર્કેટ/CD/સ્ટોક્સ/બોન્ડ્સ; મિલકત (પ્રાથમિક રહેઠાણ સિવાય); અન્ય)
જો હા, તો કૃપા કરીને મિલકતની યાદી આપો અને નિવેદનો આપો	
દદી અથવા બાંધધરી આપનારની સહી:	તારીખ:

અરજી અને સહાયક દસ્તાવેજોની નકલો આના પર મેઇલ કરો Geisinger Uncompensated Care Service 49-38
100 North Academy Ave
Danville, PA 17822-4938

વિભાગ 2 - માત્ર ઓફિસ ઉપયોગ

પ્રાપ્ત કરેલ તારીખ:	સમીક્ષા તારીખ:
ચકાસાયેલ આવક:	સંઘીય ગરીબી સ્તર:
મંજૂર કરેલ (વર્તુળ): હા ના (નકારવાનું કારણ પસંદ કરો)	નકારવાના કારણો: ____ આવક કરતા અરજદાર ____ અરજદારે આવકના દસ્તાવેજો પૂરા પાડ્યા ન હતા ____ અરજદારે Medicaid નિર્ધારણ પૂરું પાડ્યું ન હતું અન્ય: _____
કુલ સમાયોજન:	મંજૂર કરનારનું સ્તર:
Geisinger શીર્ષક	સહી:
સર્વિસ લાઇન નિષ્ણાત	તારીખ:
સુપરવાઈઝર	
વ્યવસ્થાપક	
સંચાલક	
સહયોગી ઉપપ્રમુખ	
ઉપપ્રમુખ	