

દર્દીનું નામ: _____ એમઆરએન: _____

દર્દીનું પ્રથમ નામ: _____ અંતિમ નામ: _____ એમઆઇ: _____

સ્ટ્રીટ સરનામું: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝિપ કોડ: _____ દેશ: _____

કુટુંબના મુખ્ય વ્યક્તિનું નામ (જો લાગુ પડે તો): _____ દર્દી સાથેનો સંબંધ: _____

દર્દીના ઘરનો નંબર: _____ દર્દીનો સેલ ફોન: _____

દર્દીની ઓફિસનો નંબર: _____ દર્દીનું ઇમેલ: _____

કૃપા કરીને ઉપરના સરનામાની પુષ્ટિ કરો. જો જરૂર પડે તો કૃપા કરીને સુધારો.

પારિવારના સદસ્યો *					
કૃપા કરીને તમામ સભ્યોના પૂર્ણ નામ અને તેમની જન્મ તારીખ આપો. કૃપા કરીને સામાજિક સુરક્ષા નંબર અને સંબંધ સમાવિષ્ટ કરો.					
નામ	જન્મ તારીખ	સામાજિક સુરક્ષા નંબર	અરજદાર સાથેનો સંબંધ	રાષ્ટ્રીયતા હા, ના અથવા કાયમી રહીશ?	અરજી કરી રહ્યા છે જો હા હોય તો માર્ક કરો
પૂર્ણ નામ – પ્રથમ નામ, એમઆઇ, અંતિમ નામ			સ્વ		<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

અરજદાર સાથેનો સંબંધ ઘરના વ્યક્તિને અરજદાર સાથેનો સંબંધ હોવો જોઈએ, બાઈધરી આપનારનો નહીં. દાખલા તરીકે પત્ની, પતિ, પુત્રી, પુત્ર, માતા, પિતા, સાવકો-પુત્ર, સાવકી-પુત્રી, પિતરાઈ, વગેરે.

*ઉપર દર્શાવ્યા પ્રમાણે કરતાં પરિવારના વધારે સભ્યો હોય તો કૃપા કરીને વિસ્તરણનું અંતિમ પાનું જુઓ

પારિવારની આવક*					
જો તમારા પારિવારમા કોઈ પણ વ્યક્તિ નાંચ દર્શાવ્યા પ્રમાણેની આવકના પ્રકારો માથાં કોઈ પણ પ્રકારની આવક મેળવતો હોય તો કૃપા કરીને તેને દર્શાવો:					
<input type="checkbox"/> વેતન/પગાર <input type="checkbox"/> સ્વ-રોજગારી <input type="checkbox"/> સામાજિક સુરક્ષા <input type="checkbox"/> બાળ આધાર		<input type="checkbox"/> નેવોહ ખર્ચ <input type="checkbox"/> બેરોજગારી ભથ્થું <input type="checkbox"/> પેન્શન <input type="checkbox"/> સ્થાવર મિલકત/ભાડાની મિલકતની આવક		<input type="checkbox"/> સેવા નેવૃત્ત સૈનિકના લાભો <input type="checkbox"/> વિકલાંગતા/વિકલાંગતાના લાભો <input type="checkbox"/> કામદારોનું વેતન <input type="checkbox"/> વિદ્યાર્થી 1-20	
કૃપા કરીને તમે દર્શાવેલી તમામ આવકો મળે છે તે માટે નીચેની માહિતી પ્રસ્તુત કરો:					<input type="checkbox"/> અન્ય
પારિવારના સદસ્યો	પ્રકાર જો લાગુ પડે તો નોકરી પ્રદાતાનું નામ જણાવો	રકમ	સમય ગાળો એક પસંદ કરો	શરૂ થયા તારીખ	પૂર્ણ થયા તારીખ (જો લાગુ પડે તો)
			<input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> દ્વિસાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> કલાક દીઠ # કલાકો/અઠવાડીયા		
			<input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> દ્વિસાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> કલાક દીઠ # કલાકો/અઠવાડીયા		
			<input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> દ્વિસાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> કલાક દીઠ # કલાકો/અઠવાડીયા		
			<input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> દ્વિસાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> કલાક દીઠ # કલાકો/અઠવાડીયા		

* ઉપર દર્શાવ્યા કરતાં પારિવારની વધુ આવક હોય તો કૃપા કરીને વિસ્તરણનું અંતિમ પાનું જુઓ.

તમામ મેળવેલી પરિવારની આવક માટે, તમારે આ અરજી પૂર્ણ કરવાના હેતુ માટે છેલ્લા 30 દિવસોથી શરૂ કરીને સહાયક દસ્તાવેજો જમા કરાવવા ફરજિયાત છે. (જેમકે ટેક્સ રિટર્ન, મેળવેલ પગારનું સરવેચું, મંજૂરી પત્ર(ત્રી), સ્વ-રોજગારી કોષ્ટકો, બાળ આધાર અહેવાલો, વગેરે)

 મારો પરિવાર કોઈ પણ કમાયેલી અથવા નહીં-કમાયેલી આવક ધરાવતો નથી

દર્દીનું નામ: _____ એમઆરએન: _____

મિલકત/સ્ત્રોતો*

જો તમે અથવા તમારા પરિવાર માંથી કોઈ પણ વ્યક્તિ નીચે પ્રમાણેના સ્ત્રોતો ધરાવતા હોય તો કૃપા કરીને દર્શાવો:

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ચેકિંગ ખાતું(ખાતાઓ) | <input type="checkbox"/> સીડી(ઝ) | <input type="checkbox"/> મ્યુચ્યુઅલ ફંડ્સ |
| <input type="checkbox"/> બચત ખાતું(ખાતાઓ) | <input type="checkbox"/> એન્યુઇટી | <input type="checkbox"/> અન્ય |
| <input type="checkbox"/> મની માર્કેટ ખાતું (ખાતાઓ) | <input type="checkbox"/> બોન્ડ્સ | |

દર્શાવેલી તમામ મિલકતો/સ્ત્રોતો માટે કૃપા કરીને નીચેની માહિતી પ્રસ્તુત કરો:

પરિવારના સદસ્યો	પ્રકાર	ખાતા સખ્યા	મૂલ્ય

*ઉપર દર્શાવ્યા કરતા વધુ મિલકત/સ્ત્રોતો અસ્તિત્વમાં હોય તો કૃપા કરીને વિસ્તરણનું અંતિમ પાનું જુઓ
 ■ તમામ દર્શાવેલ મિલકત(તો)/સ્ત્રોત(તો) માટે, તમારે છેલ્લા 30 દિવસોથી શરૂ કરીને પુરાવો આપવો ફરજિયાત છે.
 મારા પરિવાર પાસે દાવો કરવા યોગ્ય કોઈ પણ મિલકતો અથવા સ્ત્રોતો નથી.

અન્ય માહિતી*

નીચે આપેલા સવાલોના જવાબ આપો

 શું દર્દી યુનાઈટેડ સ્ટેટ્સનું કાયમી રહીશ કાર્ડ ધરાવે છે? હા ના

 શું આ પરિવાર અત્યારે કોઈ સાર્વજનિક સહાય ધરાવે છે? હા ના જો હા હોય તો નીચે આપેલી માહિતી આપો:

વીમા કંપનીનું નામ અને આઇડી નંબર: _____

 શું દર્દીએ છેલ્લા 12 મહિનાઓમાં કોઈ સાર્વજનિક સહાય માટે અરજી કરેલ છે? હા ના

 જો હા હોય તો, શું તમારા તે રક્ષણને નામંજૂર કરવામાં આવ્યું હતું? હા ના

■ કૃપા કરીને મજૂરી/નામંજૂરી PA-162 પત્ર જોડો. (સુખાકારીના પીએ વિભાગ તરફથી મળ્યું)

 શું દર્દી કોઈ આરોગ્ય વીમો ધરાવે છે? જો તમે આરોગ્ય વીમો મેળવો તો કૃપા કરીને વિભાગને જાણ કરો. આરોગ્ય વીમો હંમેશા નાણાકીય સહાય કરતાં પ્રાથમિક હોય છે. હા ના જો હા હોય તો નીચે આપેલી માહિતી આપો:

વીમા કંપનીનું નામ અને આઇડી નંબર: _____

વિમેદારનું નામ: _____ જન્મ તારીખ: ____/____/____

* ઉપર દર્શાવ્યા કરતા વધુ માહિતીની આવશ્યકતા હોય તો કૃપા કરીને વિસ્તરણનું અંતિમ પાનું જુઓ

 શું દર્દી નીચે આપેલ કોઈ પણ માહિતી માટે લાયક છે? હા ના

 સબસિડી મળેલ સ્કૂલ લંચ પ્રોગ્રામ

 ઓછી આવક માટે સબસિડી વાળું આવાસ

 રાજ્ય દ્વારા ભંડોળ પૂરું પાડવામાં આવેલ પ્રિસ્ક્રિપ્શન પ્રોગ્રામ

 WIC

 ફૂડ સ્ટેમ્પ્સ

જો ઉપર માંથી કોઈ પણમાં હા હોય તો કૃપા કરીને લાયકાત ચકાસવા દસ્તાવેજ પ્રસ્તુત કરો

સહી

હું પ્રમાણિત કરું છું કે ઉપર જણાવેલી માહિતી સાચી, પૂર્ણ અને મારા જાણ અનુસાર સંપૂર્ણ છે:

અરજદારની સહી: _____ તારીખ: _____

અથવા

અધિકૃત પ્રતિનિધિની સહી: _____ તારીખ: _____

અધિકૃત પ્રતિનિધિનું નામ: _____ અરજદાર સાથેનો સંબંધ: _____

અધિકૃત પ્રતિનિધિનો ફોન #: _____ સેલ #: _____

દર્દીનું નામ: _____ એમઆરએન: _____

પારિવારના સદસ્યો (યાલુ)					
કૃપા કરીને તમામ સભ્યોના પૂર્ણ નામ અને તેમની જન્મ તારીખ આપો. જો જાણમાં હોય તો કૃપા કરીને સામાજિક સુરક્ષા નંબર અને સબંધ સમાવિષ્ટ કરો.					
નામ પૂર્ણ નામ- પ્રથમ નામ, એમઆઇ, અંતિમ નામ	જન્મ તારીખ	સામાજિક સુરક્ષા નંબર	અરજદાર સાથેનો સબંધ	રાષ્ટ્રીયતા હા, ના અથવા કાયમી રહીશ?	અરજી કરી રહ્યા છે જો હા હોય તો માર્ક કરો
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

અરજદાર સાથેના સબંધ ધરના વ્યક્તિની અરજદાર સાથેના સબંધ હોવા જોઈએ, બાઈધરા આપનારનો નહીં. દાખલા તરીકે પત્ની, પતિ, પુત્રી, પુત્ર, માતા, પિતા, સાવકો-પુત્ર, સાવકી-પુત્રી, પિતરાઈ, વગેરે.

પારિવારની આવક (યાલુ)					
કૃપા કરીને તમે દર્શાવેલી તમામ આવકો મળે છે તે માટે નીચેની માહિતી પ્રસ્તુત કરો:					
પારિવારના સદસ્યો	પ્રકાર જો લાગુ પડે તો નોંધી પ્રદાતાનું નામ જણાવો	રકમ	સમય ગાળા એક પસંદ કરો	શરૂ થયા તારીખ	પૂર્ણ થયા તારીખ (જો લાગુ પડે તો)
			<input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> દ્વિસાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> કલાક દીઠ # કલાકો/અઠવાડીયા _____		
			<input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> દ્વિસાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> કલાક દીઠ # કલાકો/અઠવાડીયા _____		
			<input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> દ્વિસાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> કલાક દીઠ # કલાકો/અઠવાડીયા _____		
			<input type="checkbox"/> સાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> માસિક <input type="checkbox"/> દ્વિસાપ્તાહિક <input type="checkbox"/> વાર્ષિક <input type="checkbox"/> કલાક દીઠ # કલાકો/અઠવાડીયા _____		

તમામ મેળવેલી પરિવારની આવક માટે, તમારે આ અરજી પૂર્ણ કરવાના હેતુ માટે છેલ્લા 30 દિવસોથી શરૂ કરીને સહાયક દસ્તાવેજો જમા કરાવવા ફરજિયાત છે. (જેમકે ટેક્સ રિટર્ન, મેળવેલ પગારનું સરવેચું, મંજૂરી પત્ર(ત્રો), સ્વ-રોજગારી કોષ્ટકો, બાળ આધાર અહેવાલો, વગેરે)

મિલકતો/સ્ત્રોતો (યાલુ)			
કૃપા કરીને તમે દર્શાવેલી તમામ આવકો મળે છે તે માટે નીચેની માહિતી પ્રસ્તુત કરો:			
પરિવારના સદસ્યો	પ્રકાર	ખાતા સંખ્યા	મૂલ્ય

તમામ દર્શાવેલ મિલકત(તો)/સ્ત્રોત(તો) માટે, તમારે છેલ્લા 30 દિવસોથી શરૂ કરીને પુરાવો આપવો ફરજિયાત છે.

અન્ય માહિતી (યાલુ)	
નીચે આપેલા સવાલોના જવાબ આપો.	
શું દર્દી કોઈ અન્ય વધારાની આરોગ્ય વીમા ધરાવે છે? જો તમે આરોગ્ય વીમા મેળવો તો કૃપા કરીને વિભાગને જાણ કરો. આરોગ્ય વીમા હંમેશા નાણાકીય સહાય કરતાં પ્રાથમિક હોય છે. <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના જો હા હોય તો નીચે આપેલી માહિતી આપો:	
વીમા કંપનીનું નામ અને આઇડી નંબર:	_____
વિમેદારનું નામ:	_____ જન્મ તારીખ: ____/____/____