

Holy Name Medical Center

718 Teaneck Road
Teaneck, NJ 07666
Financial Counseling Department
(201)833-3157

આર્થિક સહાયતા અરજીપત્રક

ખાતા #: _____ સેવાની તારીખ: _____

વ્યક્તિગત માહિતી

1) દર્દીનું નામ (અટક, નામ): _____

2) જન્મતારીખ: _____ 3) સોશલ સિક્યુરિટી#: _____

4) સરનામું: _____

5) ફોન (પસંદગીનો #): _____

6) જામીનનું નામ: _____ 7) જામીનની જન્મતારીખ: _____

8) દર્દી સાથે જામીનનો સંબંધ: _____

કુટુંબનું કદ અને આવકના માપદંડો

9) કુટુંબનું કદ: _____ 10) ઘરેલું આવકનો સ્રોત: _____

11) કુલ ચોખ્ખી વાર્ષિક આવક: _____

12) કુલ વાર્ષિક ચોખ્ખી વ્યાપારી આવક (જો સ્વરોજગાર હોય તો): _____

13) આવક નક્કી કરવા માટે વપરાતા દસ્તાવેજો: _____

14) શું અરજી વીમા બાદના બેલેન્સ માટે છે? _____

15) જો હા તો, વીમા કંપનીનું નામ: _____

અરજદાર દ્વારા પ્રમાણીકરણ

હું પ્રમાણિત કરું છું કે મારા કુટુંબના કદ અને આવક વિશેની ઉપરની માહિતી સાચી અને ખરી છે.

દર્દી અથવા જામીનની સહી: _____ તારીખ: _____