Ascension

तिथि:

प्रिय मरीज़/आवेदक,

Ascension दया भाव से प्रेरित है और सभी के लिए व्यक्तिगत देखभाल प्रदान करने के लिए समर्पित है - विशेष रूप से उन लोगों के लिए जिन्हें इसकी सबसे ज़्यादा ज़रूरत है। अपने मरीज़ों को वित्तीय सहायता प्रदान करना हमारा लक्ष्य और सौभाग्य है। वित्तीय सहायता केवल आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए उपलब्ध है। आपकी और आपके परिवार की सभी स्वास्थ्य-देखभाल आवश्यकताओं के लिए हम पर विश्वास हेतु आपका धन्यवाद।

हम यह पत्र और संलग्न वित्तीय सहायता आवेदन भेज रहे हैं क्योंकि हमें इसके लिए आपका अनुरोध प्राप्त हुआ है। यदि आपने इसका निवेदन नहीं किया है, तो कृपया इसकी उपेक्षा करें। कृपया इसे वापस करने से पहले दोनों पृष्ठों को पूरा भरें, जिसमें आपका हस्ताक्षर और तिथि भी शामिल हो। यदि आपने पिछले छः महीनों के भीतर कोई आवेदन भरा है और आपको वित्तीय सहायता के लिए स्वीकृति दे दी गई है, तो कृपया हमें सूचित करें – हो सकता है आपको नया आवेदन भरने की आवश्यकता न हो। दुर्भाग्यवश, हम छः महीने से अधिक पुराने पूर्व आवेदन पर निर्भर करने में असमर्थ हैं।

आवेदन के साथ, आपको अपने परिवार की आय का प्रमाण और किसी भी परिवार के सदस्य के स्वामित्व वाली सभी संपत्तियों का प्रमाण प्रस्तुत करना होगा।

<u>आय और संपत्तियों के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:</u>

- नियोक्ता से प्राप्त बिल्कुल हाल ही की 3 पेस्टब्स की प्रतियां
- सबसे हाल ही के वार्षिक टैक्स रिटर्न की प्रतियां (स्व-नियोजित होने पर, सभी अनुसूचियां शामिल करें)
- सामाजिक सुरक्षा और/या पेंशन सेवानिवृत्ति पुरस्कार पत्र
- माता-पिता या अभिभावक का सबसे नया सालाना टैक्स रिटर्न, अगर आवेदक उनके टैक्स फ़ॉर्म में सूचीबद्ध आश्रित है और उसकी आयु 25 वर्ष से कम है
- बेरोज़गारी लाभों प्राप्ति की प्रति
- Medicaid और/अथवा राज्य द्वारा फंड की गई चिकित्सीय सहायता के लिए पात्रता की मंजूरी/अस्वीकार्यता
- अन्य आय सत्यापन दस्तावेज़

<u>संपत्तियों के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:</u>

- पिछले 3 माह की मौजूदा बैंक स्टेटमेंट (चालू और बचत खाते)
- निवेश, स्टॉक्स और बॉन्ड्स सहित
- ट्रस्ट फंड
- मनी मार्किट खाते
- म्युचुअल फंड

अंत में, हम आपके बकाया चिकित्सा बिलों को देख कर यह तय कर सकते हैं कि आप वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं या नहीं। यदि आप चाहते हैं कि हम इस पर विचार करें, तो कृपया अपने बकाया मासिक चिकित्सीय और फ़ार्मेसी/दवा खर्चों के दस्तावेज़ भी प्रदान करें, जैसे मौजूदा इनवॉयस या खाता बैलेंस के स्टेटमेंट्स। **कृपया जान लें कि आपके आवेदन पर तभी विचार किया जाएगा जब हमें 1) पूरा भरा हुआ आवेदन, साथ ही 2) आय का प्रमाण, 3) संपत्ति का विवरण, और 4) बकाया चिकित्सा बिल (यदि लागू हो) प्राप्त होंगे। हम अपूर्ण आवेदनों को संसाधित करने या उन पर विचार करने में असमर्थ हैं।**

अपना आवेदन जमा करते समय, कृपया ध्यान दें कि इंटरनेट पर ईमेल द्वारा किए गए पत्राचार सुरक्षित नहीं होते। हालांकि ऐसा होने की संभावना बहुत कम है परंतु यह संभव है कि ईमेल में आपके द्वारा दी गई जानकारी संबोधित व्यक्ति के अलावा अन्य पक्ष इंटरसेप्ट करके पढ़ लें। हम आपकी निजी जानकारी की रक्षा करना चाहते हैं और सुनिश्चित करना चाहते हैं कि वह सुरक्षित बनी रहे। चूँकि आवेदन में आपका सामाजिक सुरक्षा नंबर और अन्य निजी जानकारी है, इसलिए हम आग्रह करते हैं कि आप उन्हें ईमेल से ना भेजें।

कृपया अपना भरा हुआ आवेदन और सहायक दस्तावेज़ नीचे दिए गए पते पर प्रिंट करके भेजें:

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, GA 31193

Ascension Medical Group
PO Box 80278
Indianapolis, IN 46240

हम आपकी मदद के लिए यहाँ मौजूद हैं और हम यह सुनिश्चित करना चाहते हैं कि वे मरीज़ जो वित्तीय सहायता के पात्र हैं, उन्हें वह सहायता प्राप्त हो। यदि आपको इस आवेदन, आवश्यक सहायक दस्तावेज़ों, या अपना आवेदन हमें भेजने के सर्वोत्तम तरीके के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो कृपया हमारे किसी भी मरीज़ प्रतिनिधि से 904-308-7381 पर संपर्क करें

भवदीय,

मरीज़ वित्तीय सेवाएं
Ascension

वित्तीय सहायता आवेदन फ़ॉर्म

Ascension

मरीज़ की जानकारी

(कृपया मुद्रित करें और सभी क्षेत्र भरे जाने चाहिए। आवेदन की किसी भी पृथक पंक्ति पर प्रयोज्य ना होने पर लागू नहीं लिखें)

तिथि__________ खाता संख्या __________

नाम (पहला और उपनाम)__________

जन्म तिथि__________ वैवाहिक स्थिति__________ फ़ोन नंबर __________

डाक पता__________ शहर__________ राज्य_____ ज़िप_____

सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक) __________

नियोक्ता __________ रोज़गार की स्थिति__________

प्रति सप्ताह कार्य किए गए घंटों की संख्या __________ नियोक्ता का फ़ोन नंबर__________

उत्तरदायी पक्ष की जानकारी/कानूनी अभिभावक की जानकारी

(यदि उपरोक्त मरीज़ और उत्तरदायी पक्ष एक ही हो, तो इस खंड को रिक्त छोड़ दें।)

नाम (पहला और उपनाम)__________

जन्म तिथि__________ वैवाहिक स्थिति__________ फ़ोन नंबर __________

डाक पता__________ शहर__________ राज्य_____ ज़िप_____

सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक) __________

नियोक्ता __________ रोज़गार की स्थिति__________

प्रति सप्ताह कार्य किए गए घंटों की संख्या __________ नियोक्ता का फ़ोन नंबर__________

उत्तरदायी पक्ष के जीवनसाथी की जानकारी

(यदि उपरोक्त मरीज़ और उत्तरदायी पक्ष एक ही हो, तो मरीज़ के जीवनसाथी की जानकारी भरें।)

नाम (पहला और उपनाम)__________

जन्म तिथि__________ वैवाहिक स्थिति__________ फ़ोन नंबर __________

डाक पता__________ शहर__________ राज्य_____ ज़िप_____

सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक) __________

नियोक्ता __________ रोज़गार की स्थिति__________

प्रति सप्ताह कार्य किए गए घंटों की संख्या __________ नियोक्ता का फ़ोन नंबर__________

उत्तरदायी पक्ष के आश्रित

(यदि उपरोक्त मरीज़ और उत्तरदायी पक्ष एक ही हो, तो मरीज़ के जीवनसाथी की जानकारी भरें।)

नाम__________ जन्म तिथि__________ उत्तरदायी पक्ष से संबंध __________

नाम__________ जन्म तिथि__________ उत्तरदायी पक्ष से संबंध __________

नाम__________ जन्म तिथि__________ उत्तरदायी पक्ष से संबंध __________

नाम__________ जन्म तिथि__________ उत्तरदायी पक्ष से संबंध __________

घर में रहने वाले वयस्कों और बच्चों की संख्या __________

मासिक आय

(नीचे सूचीबद्ध प्रत्येक वस्तु के लिए डॉलर में राशि भरें। प्रत्येक के लिए प्रतिमाह राशि बताएं।)

आवेदक की अर्जित आय ______________________

आवेदक के जीवनसाथी की आय ______________________

सामाजिक सुरक्षा लाभ ______________________

पेंशन/सेवानिवृत्ति आय ______________________

अक्षमता आय______________________

बेरोज़गारी भत्ता ______________________

श्रमिक भत्ता ______________________

ब्याज/ लाभांश आय ______________________

प्राप्त बाल सहायता ______________________

प्राप्त गुज़ारा भत्ता ______________________

किराए की संपत्ति से प्राप्त आय ______________________

फ़ूड स्टैम्प ______________________

ट्रस्ट फंड वितरण से प्राप्त राशि ______________________

अन्य आय ______________________

अन्य आय ______________________

कुल सकल मासिक आय $ ______________________

मासिक निर्वाह खर्च

मॉर्टगेज/किराया______________________

उपयोगिताएं______________________

फ़ोन (लैंडलाइन) ______________________

सेल फ़ोन ______________________

किराने का सामान/भोजन______________________

केबल/इंटरनेट/सैटेलाइट टीवी ______________________

कार का भुगतान ______________________

बच्चे की देखभाल ______________________

बाल सहायता/गुज़ारा भत्ता ______________________

क्रेडिट कार्ड ______________________

डॉक्टर/अस्पताल के बिल ______________________

कार/ऑटो बीमा ______________________

घर/संपत्ति बीमा ______________________

चिकित्सा/स्वास्थ्य बीमा ______________________

जीवन बीमा ______________________

अन्य मासिक खर्च ______________________

कुल मासिक खर्च $ ______________________

संपत्तियां

नकद/बचत/चेकिंग खाते ______________________

स्टॉक/बांड/निवेश/CD______________________

अन्य अचल संपत्ति/द्वितीयक निवास ______________________

नाव/RV/मोटरसाइकिल/मनोरंजन वाहन ______________________

कलेक्टर ऑटोमोबाइल/गैर-आवश्यक ऑटोमोबाइल ______________________

अन्य संपत्तियां ______________________

इस प्रकार मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सही व पूर्ण है। मैं इसके द्वारा अस्पताल को अधिकार देता हूँ कि उन्हें आवश्यक लगने पर वे बाहरी क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों से जानकारी प्राप्त कर सकते हैं।

आवेदक के हस्ताक्षर______________________

तिथि ______________________

टिप्पणियां ______________________

____

____

____

____

____