

फ़िय रोगी/आवेदक,

Alexian Brothers Health System, डेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनीर क णा से िरत है और सभी लोगर - विशेष ढप से सबसे ज़रतमंद लोगर को यिदगत देखभाल िदान करने के फ़लए समर्पणत ह। अपने रोग्यर केवाीय सहायता िदान करना हमारा ल य और सौभा य है। फ़वाीय सहायता केवल आपातकाल और अय फ़क्तक सीय

ढप से आवयक देखभाल के फ़लए उपलध है। अपनी और अपने पस्वार क'र FVAFय संबंधी ज़रतर क'र देखभाल के षहम पर भरोसा करने के फ़लए धयवाद।

हम यह प;फ़ और संल न फ़वाीय सहायता आवेदन भेज रहे हः यफ़क्त हम इसके फ़लए आपका अनुरोध िा त हुआ है। यफ़द आपने इसका फ़नवेदन नहरं फ़क्तकया है, तो कृपया इसक'र उपे ा कर। इसे लौटाने से पहले कृपया आपके हफ़ता र और फ़तथ सहत दोनर तरफ़ पूर जानकार भर। यफ़द आपने फ़पछले छः माह के भीतर कोई आवेदन पूण फ़क्तकया है और आपको फ़वाीय सहायता िा त हुई है, तो कृपया हम इस बारे म सूचत कर। संभवतः आपको नया आवेदन ना भरना पड़े। हम छः माह से पुराने पहले के आवेदन पर फ़वचार नहरं करगे।

आवेदन के साथ कृपया आपक'र आय के िमाण के ढप म फ़न न म से कम से कम फ़क्तकसी एक वफ़तु क'र िफ़त िदान कर। यफ़द आप फ़ववाहत ह-या 6 माह या यादा अवध से फ़क्तकसी खास के साथ रहे हः, तो उह भी उनक'र आय के िमाण के म फ़न न म से कम से कम फ़क्तकसी एक वफ़तु क'र िफ़त िदान करनी होगी।

- फ़नयोता से िा त सबसे हाल हर क'र 2 पेसटबस क'र िफ़तयाँ
- सबसे हाल हर केवाषक टैस फ़रटन क'र िफ़तयाँ (FV-फ़नयोित होने पर, सभी अनुसूचयां शाामल कर)
- सामािजक सुर ा और/या पशन सेवाफ़नवृाIT पुरफ़कार प;फ़
- माता-फ़पता या अभाभवक केसबसे हाल हर का वाषक टैस फ़रटन, यफ़द आवेदक उनकेकर प;फ़ सूधआ त है और उसक'र आयु 25 वष से कम है
- अय आय स यापन दफ़तावेज़
- फ़पछले 3 माह केबक फ़टेमट क'र िफ़तयाँ
- बेरोजगार लाभ िा त क'र िफ़त

अंत म, कृपया अपने बकाया माफ़सक फ़क्तक सा और फ़ाम सी/ औषध लागत के िमाण के ढप म दफ़तावेज़ भी िदान कर।

कृपया जान लें कि आवेदन पर फ़वचार करने के फ़लए आय के िमाण के साथ पूर तरह भरा गया आवेदन िा त होना जरूर है। हम अधूरे आवेदन कर ि;फ़स्रया नहरं कर सकते या उन पर फ़वचार नहरं कर सकते।

कृपया यान द कि इंटरनेट पर ईमेल वारा फ़कए गए प;ाचार सुर त नहरं होते। हालाँकि ऐसा होने कर संभावना बहुत कम है परंतु हो सकता है कि ईमेल म आपके वारा दर गई जानकार संबोधत यित के अलावा अयप इंटरसे ट करके पढ़ ल।

हम आपकर फ़नजी जानकार कर र ा करना चाहते ह और सुनिश्चत करना चाहते ह कि वह सुर त बनी रहे। वैंकि आवेदन म आपका सामािजक सुर ानंबर और अयप फ़नजी जानकार है, इसलए हम आ ह करते ह कि आप उर ईमेल से ना भेज।

कृपया अपना भरा हुआ आवेदन ि;ंट कर और डाक से फ़न पते पर भेज द:

Ascension Illinois PFS

सेवा म: **Financial Assistance Department** (फ़वातीय सहायता

फ़वभाग) **PO Box 74008855**

Chicago, IL 60674-8855

यद इस आवेदन के बारे म आपके कोई ि;न ह तो, कृपया हमारे फ़कसी रोगी ि;तफ़नध को **833-272-7585** फ़ कॉल कर।

भवदय,

मरज़ फ़वातीय सेवाएँ

Ascension Illinois

वित्तीय सहायता आवेदन फॉर्म

महत्वपूर्ण: आप मु त या रियायती देखभाल िा त करने म्दस म हो सकते हः इस आवेदन को पूरा करने से Alexian Brothers Health System (एलेिंसियन दस एवॉल्यूटिव;गालर), डेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनय को यह फनधा रत करने मदद फमलेगी फक िया आप मु त या रियायती सेवाएं िा त कर सकते ह या अय सावजफनक कायसम जो आपक'र एवॉल्यूटिव देखभाल के फलए भुगतान करने मदद कर सकते ह। कृपया कवर लेटर पर सूचीबध पते पर यह आवेदन जमा कर।

अगर आपका बीमा नहरं है, तो मु त या छूट िा त देखभाल के फलए पा;फ होने हेतु सामािजक सुर ा सं या क'र आवयकता नहरं होती। हालाँफक Medicaid सफहत कुछ सावजफनक कायसम के फलए सामािजक सुर ा सं या क'र आवयकता होती है। सामािजक सुर ा

सं या िदान करना जरूर नहरं है लेफकन इससे Alexian Brothers Health System, डेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनय को यह फनधा रत करने मदद फमलेगी फक आप फकसी सावजफनक कायसम के फलए पा;फ ह या नहरं। आवेदन म्द "वैकि षके िप म्द फचि नत फकसी भी ि;न के जवाब से (या जवाब ना देने से) आवेदन के नतीजे पर कोई भी असर नहरं पड़ेगा।

मु त या रियायती देखभाल के फलए आवेदन करने हेतु सेवा क'र फतफ के बाद िजतनी ज दर हो सके यह फॉर्म भरकर Alexian Brothers Health System, डेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनय के पास फवयं, डाक से, इलेक्ॉनक मेल से, या फैस से जमा कर। हम आपक'र देखभाल के पहले बफलंग फटेमट के बाद अफधकतम 240 फदनर तक आपका आवेदन फवीकार करगे। यह आवेदन जमा करके, आप फवीकार करते ह फक यह फनधा रत करने हेतु फक रोगी यह फवातीय सहायता पाने के फलए पा;फ है या नहरं, Alexian Brothers Health System, डेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनय क'र सहायता के फलए, आपने आवेदन म्दमांगी गई सभी जानकार िदान करने का इमानदार से पूरा ियास फकया है। यफद आवेदन ि;फसया के बारे म्द आपके कोई ि;न ह, तो आप ि;नर या फचंताओं के फलए Alexian Brothers Health System, डेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनय के फवातीय परामश फवभाग से, 833-272-7585 पर संपक कर सकते ह।

गैर बीमाकृत मररज हेतु छूट िा त आवेदन ि;फसया या अफपताल फवातीय सहायता ि;फसया से संबंफधत फशकायतर या फचंताओं को इफलनॉय अटॉन'र जनरल के एवॉल्यूटिव देखभाल यूरो (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) म्द रिपोट फकया जा सकता है। Health Care Bureau का टोल-ोर हॉटलाइन नंबर 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) है।

मरीज जानकारी

(कृपया मुफ त कर और सभी े;फ भरे जाने चाफहए। आवेदन क'र फकसी भी पृथक पंि त पर ियो यना होने पर लागू नहरं फलख)

फदनांक _____ खाता सं या _____

नाम (ि;थम और अंफतम) _____

जम फतफ _____ वैवाफहक िफथत _____ फोन नंबर _____

वैकि पक- फलग पहचान- आप अपने आप को िया मानते हः पु ष मफहला ांसज डर पु ष/ांस पु ष/मफहला से पु ष (FTM)

ांसज डर मफहला/ांस मफहला/पु ष से मफहला (MTF) समल-फगक/ फलग गैर अनुप फवशट िप से ना तो पु ष और ना ह मफहला अफतर ित फलग अय)

वैकि पक- ल-फगक पहचान: आपके जम ि;माणप;फ म्द आरभ म्द कौन सा फलग सूचीबध था: पु ष मफहला

वैकि पक- ि;जाफत: वेत अवेत या अोरक'र अमेरक'र अमेरक'र इंडयन या अलाफका मूल फनवासी एफशयाई भारतीय चीनी फकफलफपनो जापानी कोरयाई फवयतनामी अय एफशयाई मूल हवाईयन गुआमाफनयन या चामोरो समोआई अय ि;शांत िवीपवासी

वैकि पक - जातीयता: □ f'हफपै'नक, लै'टनो, या Fपै'नश मूल □ मैि'सकन, मैि'सकन अमेरक'r, f'चकानो □ यूट रका'नयाई

□ यूबाई □ अ'य f'हफपै'नक, लै'टनो या Fपै'नश मूल

वैकि पक- भाषा- या आप घर पर अंेजी के अलावा कोई दूसरा भाषा बोलते हः □ हाँ □
नहां

हाँ होने पर कौन-सी भाषा: _____

डाक पता _____ शहर _____ रा य _____ िज़प _____

वैकि पक - सामािजक सुर ा सं या _____

f'नयो'ता _____ रोज़गार क'r ि'थ'त _____

f'नयो'ता का फ़ोन नंबर _____

उत्तरदायी पक्ष की जानकारी/ कानूनी अभिभावक की जानकारी

(य'द उपरो'त मर'ज़ और उारदायी प एक ह' हो, तो इस खंड को र'त छोड़ द'।)

नाम (i;थम और अं'तम) _____

ज'म'त'थ _____ वैवा'हक ि'थ'त _____ फ़ोन नंबर _____

डाक पता _____ शहर _____ रा य _____ िज़प _____

सामािजक सुर ा सं या (वैकि पक) _____

f'नयो'ता _____ रोज़गार ि'थ'त _____

उत्तरदायी पक्ष के जीवनसाथी की जानकारी

(य'द उपरो'त मर'ज़ और उारदायी प एक ह' हो, तो मर'ज़ के जीवनसाथी क'r जानकार भर'।)

नाम (i;थम और अं'तम) _____

ज'म'त'थ _____ वैवा'हक ि'थ'त _____ फ़ोन नंबर _____

डाक पता _____ शहर _____ रा य _____ िज़प _____

सामािजक सुर ा सं या (वैकि पक) _____

f'नयो'ता _____ रोज़गार क'r ि'थ'त _____

f'नयो'ता का फ़ोन नंबर _____

उत्तरदायी पक्ष के आश्रित

(य'द उपरो'त मर'ज़ और उारदायी प एक ह' हो, तो मर'ज़ के जीवनसाथी क'r जानकार भर'।)

नाम _____ ज'म'त'थ _____ िज मेदार प से संबंध _____

नाम _____ ज'म'त'थ _____ िज मेदार प से संबंध _____

नाम _____ ज'म'त'थ _____ िज मेदार प से संबंध _____

नाम _____ ज'म'त'थ _____ िज मेदार प से संबंध _____

घर म' रहने वाले वय'क' और ब च' क'r सं या _____

मासिक आय

(नीचे सूचीब'ध; येक व'तु के f'लए डॉलर म'रा'श भर'।; येक के f'लए; f'तमाह रा'श बताए।)

आवेदक क'r अिज'त आय _____

याज/लाभांश आय _____

आवेदक के जीवन साथी क'r आय _____

बाल सहायता i;ा त _____

सामािजक सुर ा लाभ _____

गुजारा भा'ा i;ा त _____

प'शन/सेवा'नवृ'ा आय _____

f'त्कारये पर द' गई संप'ा से आय _____

f'वकलांगता आय _____

फूड फ'ट स _____

बेरोजगार' मुआवजा _____

फ'ट फंड f'वतरण i;ा त _____

कम'चर' मुआवजा _____

अ'य आय _____

कुल सकल मा'सिक आय _____

मासिक निर्वाह खर्च

जो रोगी Ascension Illinois का र्वातीय सहायता नीति में शामिल होने के अनुसार र्वातीय सहायता के लिए अनुमानित खर्च से पाई है, उह इस अनुभाग भरने का आवश्यकता नहीं है।

रिगर्वी/रिक्कराया _____
जनोपयोगी सेवाएं _____
फोन (ल-डलाइन) _____
सेल फोन _____
रिक्कराने का सामान/भोजन सामग्री _____
केबल/इंटरनेट/सैटेलाइट टेलीविजन _____
कार का भुगतान _____
बच्चे का देखभाल _____

बाल सहायता/गुजारा भाता _____
स्ट्रेडिट कार्ड _____
डॉक्टर/अस्पताल का बिल _____
कार/ऑटो बीमा _____
घर/संपत्ति बीमा _____
रिक्करा सा/रिक्करा बीमा _____
जीवन बीमा _____
अन्य मासिक खर्च _____
कुल मासिक खर्च _____

संपत्तियां

नकद/बचत/चेकिंग एकाउंट्स _____
रिक्करा/रिक्करा स/रिक्करा/रिक्करा/रिक्करा/रिक्करा _____
अन्य अचल संपत्ति/रिक्करा/रिक्करा/रिक्करा _____
नाव/आरवी/मोटरसाइकिल/मनोरंजन वाहन _____
कलेक्टर ऑटोमोबाइल/गैर-आवधिक ऑटोमोबाइल _____
रिक्करा/रिक्करा बचत/लचीला खर्च खाता वाहन _____

म. Alexian Brothers Health System, डेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनी को बाहर स्ट्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसी से जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। म. निम्नलिखित करता हूँ कि इस आवेदन में निम्नलिखित जानकारी मेरे सर्वोच्च ध्यान के अनुसार सच और सटीक है। म. मेरे रिक्करा सा बिल के भुगतान में मदद के लिए ऐसी रिक्करा भी राखूँ, संघीय या स्थानीय सहायता के लिए आवेदन करूँगा/करूँगी इसके लिए पाई हो सकता हूँ। म. समझता/समझती हूँ कि निम्नलिखित जानकारी Alexian Brothers Health System, डेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनी द्वारा संचालित की जा सकती है, और म. Alexian Brothers Health System, डेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनी को इस आवेदन में दी गई जानकारी का सटीकता को संचालित करने के लिए तीसरे पक्ष से संपर्क करने हेतु अधिकृत करता/करती हूँ। म. समझता/समझती हूँ कि यह म. इस आवेदन में जानबूझकर गलत जानकारी निम्नलिखित करता/करती हूँ, तो मुझे र्वातीय सहायता के लिए अपाई ठहरा दिया जाएगा, मुझे दी गई रिक्करा भी र्वातीय सहायता को वापस ले लिया जाएगा, और बिल (बिल) के भुगतान के लिए म. स्वयं निम्नलिखित मेदार रूंगा/रूंगी।

आवेदक के हस्ताक्षर _____
दिनांक _____

टिप्पणियाँ _____