Ascension

प्रिय मरीज़/आवेदक,

Ascension सभी को निजीकृत देखभाल प्रदान करने की संवेदना और समर्पण द्वारा संचालित है- खासतौर पर सबसे ज्यादा जरुरतमंदों को। यह हमारा लक्ष्य और सौभाग्य है कि हम हमारे मरीज़ों के लिए वित्तीय सहायता पेश करें। 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 आपका निवेदन प्राप्त हुआ है। यदि आपने इसका निवेदन नहीं किया है, तो कृपया इसकी उपेक्षा करें। इसे लौटाने से पहले कृपया आपके हस्ताक्षर और तिथि सहित दोनों तरफ पूरी जानकारी भरें। 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 सत्यापन भी प्रदान करना होगा।

<u>आय के प्रमाण के उदाहरण:</u>

- नियोक्ता से प्राप्त सबसे हाल ही की 3 पेसटबस की प्रतियाँ
- 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 बिल्कुल हाल ही का वार्षिक टैक्स रिटर्न, यदि आवेदक उनके कर पत्र में सूचीबद्ध आश्रित है और उसकी आयु 25 वर्ष से कम है
- बेरोजगारी लाभ प्राप्ति की प्रति
- अन्य आय सत्यापन दस्तावेज़

यदि आपको परिवार या मित्रों से सहायता प्राप्त होती है या आप उनके घर में रहते हैं, तो कृपया उन्हें "समर्थन पत्र" के लेबल वाला संलग्न पत्र भरने के लिए कहें। ऐसा करने से वे आपके चिकित्सीय बिलों के लिए उत्तरदायी नहीं बनेंगे। इससे यह बताने में मदद मिलेगी कि आप अपना निर्वाह खर्च कैसे उठा पाते हैं। यदि आपको परिवार या मित्रों से कोई सहायता नहीं मिलती है, तो आपको समर्थन पत्र भरने की आवश्यकता नहीं है।

अंत में, वित्तीय सहायता के लिए आपके योग्य होने के लिए हम आपके बकाया चिकित्सीय बिलों पर विचार करने योग्य हो सकते हैं। यदि आप चाहते हैं कि हम इस पर विचार करें, तो कृपया अपने बकाया मासिक चिकित्सीय और फार्मेसी/दवा खर्चों के दस्तावेज भी प्रदान करें, जैसे मौजूदा इनवॉयस या खाता बैलेंस की स्टेटमेंट्स। **कृपया जान लें कि आवेदन पर विचार करने के लिए 1) भरा हुआ आवेदन और साथ में 2) आय का प्रमाण और 3) बकाया चिकित्सा बिल (यदि लागू हो) प्राप्त होने चाहिए। हम पूरी तरह ना भरे गए आवेदनों की प्रक्रिया नहीं कर सकते या उनपर विचार नहीं कर सकते।**

अपना आवेदन जमा करते समय, कृपया ध्यान दें कि इन्टरनेट 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। चूंकि 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 दस्तावेज मुद्रित करके निम्न पते पर डाक से भेजें या स्वयं पहुंचाएं:

Ascension Mid-Michigan
3274 Solutions Center
Chicago, IL 60677-3002

हम मदद करने के लिए मौजूद हैं और यह सुनिश्चित करना चाहते हैं कि जो मरीज वित्तीय सहायता के लिए योग्य हैं, उन्हें यह मिल पाए। यदि आपके इस आवेदन, आवश्यक सहायक दस्तावेजों, या आपका आवेदन हमें प्राप्त होने के सर्वोत्तम तरीके के संबंध में कोई प्रश्न हैं, तो कृपया Standish (888) 978-6279, St. Joseph (989) 362-0118 पर हमारे किसी मरीज प्रतिनिधि को कॉल करें।

भवदीय,

मरीज़ वित्तीय सेवाएँ
Ascension

वित्तीय सहायता आवेदन पत्र

Ascension Standish Hospital और Ascension St. Joseph Hospital

Ascension

मरीज़ जानकारी

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

तारीख_____ खाता संख्या _____ अस्पताल का नाम_____

नाम (प्रथम एवं अंतिम)_____

जन्मतिथि_____ फोन नंबर _____

डाक पता_____ शहर_____ राज्य___ ज़िप_____

नियोक्ता_____ रोज़गार की स्थिति_____

_____ प्रति सप्ताह काम किए गए घंटों की संख्या_____ नियोक्ता का फोन नंबर _____

उत्तरदायी पक्ष की जानकारी/ क़ानूनी अभिभावक की जानकारी

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

नाम (प्रथम एवं अंतिम)_____

जन्मतिथि_____ फोन नंबर _____

डाक पता_____ शहर_____ राज्य_____ ज़िप_____

नियोक्ता_____ रोज़गार की स्थिति_____

प्रति सप्ताह काम किए गए घंटों की संख्या_____ नियोक्ता का फोन नंबर _____

उत्तरदायी पक्ष के आश्रित

नाम_____ जन्मतिथि_____

नाम_____ जन्मतिथि_____

नाम_____ जन्मतिथि_____

नाम_____ जन्मतिथि_____

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 की अन्य आय _____

सामाजिक सुरक्षा लाभ _____

पेंशन/सेवानिवृत्ति आय _____

विकलांगता आय _____

बेरोजगारी मुआवजा _____

कर्मचारी मुआवजा _____

ब्याज/लाभांश आय _____

प्राप्त बाल सहायता _____

_____

किराये पर दी हुई संपत्ति से आय _____

फ़ूड स्टैम्प्स _____

प्राप्त ट्रस्ट निधि वितरण _____

अन्य आय _____

अन्य आय _____

कुल सकल मासिक आय $ _____

इस प्रकार मैं प्रमाणित करता हूं 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 _____

टिप्पणियाँ _____

_____

_____

_____

_____

_____

Ascension

समर्थन पत्र

मरीज़ की चिकित्सीय रिकॉर्ड संख्या/खाता संख्या _____

समर्थक का नाम _____

मरीज़/आवेदक से संबंध _____

समर्थक का पता _____

Ascension के लिए:

यह पत्र यह सूचित करने के लिए है कि (मरीज़ का नाम) को _____बहुत कम या बिल्कुल भी आय नहीं मिलती है और मैं उसके जीवन-यापन के खर्च में सहायता कर रहा/रही हूँ। उसका मेरे प्रति बिलकुल ना के बराबर दायित्व है।

इस कथन पर हस्ताक्षर करके मैं स्वीकार करता हूँ कि प्रदत्त जानकारी मेरे सर्वश्रेष्ठ ज्ञान के अनुसार सत्य है।

समर्थक के हस्ताक्षर_____

तिथि _____