



Ascension

[Date]

प्रिय मरीज़/आवेदक,

Ascension सभी को निजीकृत देखभाल प्रदान करने की संवेदना और समर्पण द्वारा संचालित है- खासतौर पर सबसे ज्यादा जरूरतमंदों 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 छह माह के अंदर आवेदन पूरा किया है और आपको वित्तीय सहायता की मंजूरी मिली थी, तो कृपया हमें बताएं - हो सकता है कि आपको नया आवेदन पूरा करने की जरूरत न पड़े। अफसोस, हम पूर्व आवेदन पर भरोसा करने में असमर्थ हैं, जो छह माह से अधिक पुरानी है।

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

आय और संपत्तियों के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:

- 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 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 लाभों प्राप्ति की प्रति
- Medicaid और/अथवा राज्य द्वारा फंड की गई चिकित्सीय सहायता के लिए पात्रता की मंजूरी/अस्वीकार्यता
- अन्य आय सत्यापन दस्तावेज़

संपत्तियों के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:

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

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 फार्मसी/दवा खर्चों के दस्तावेज भी प्रदान करें, जैसे मौजूदा इनवायस या खाता बैलेंस की स्टेटमेंट्स। **कृपया ध्यान दें कि आवेदन पर विचार करने के लिए 1) भरा हुआ आवेदन 2) आय का प्रमाण, 3) संपत्तियों और 4) बकाया चिकित्सीय बिलों के साथ (यदि लागू हैं) प्राप्त होना जरूरी है। हम पूरी तरह न भरे गए आवेदनों की प्रक्रिया नहीं कर सकते या उन पर विचार नहीं कर सकते।**

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। 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:

Facility/ Office where services were/ will be provided	Mail Completed Application To:
Ascension St. John Hospital	22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Warren Campus	11800 Twelve Mile Rd, Warren, MI 48093
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Madison Heights Campus	27351 Dequindre Rd, Madison Heights, MI 48071
Ascension Providence Hospital	16001 W Nine Mile Rd, Southfield, MI 48075
Ascension Providence Park Hospital	47601 Grand River Ave, Novi, MI 48374
Ascension River District Hospital	4100 River Rd, East China, MI 48054
Ascension Medical Group - Physician Services	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240

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 इस आवेदन, आवश्यक सहायक दस्तावेजों या इस बारे में आपके कोई सवाल हैं कि आप बेहतर तरीके से अपना आवेदन हमें कैसे करें, तो कृपया [xxx-xxx-xxxx] पर हमारे मरीज प्रतिनिधि में से एक को फोन करें।

Facility/Office where service were/will be provided	Phone #
Ascension Macomb-Oakland Hospitals	888-329-0421
Ascension St. John Hospital, Detroit	877-809-6191
Ascension Providence Hospital	800-878-2455
Ascension Providence Park Hospital	800-878-2455
Ascension River District Hospital	810-329-5318

भवदीय,

मरीज वित्तीय सेवाएं Ascension
(Patient Financial Services
Ascension)

वित्तीय सहायता आेदन पत्र



Ascension

मरीज़ जानकारी

(कृपया मुद्रित करें और सभी क्षेत्र भरने जाने चाहिए। आवेदन की ककसी भी पृथक पंक्तत पर प्रयोज्य ना िोने पर लागू न्िं ललखें)

ततथथ _____ खाता संख्या _____

नाम (प्रथम और अंततम) _____

जन्मततथथ _____ वैवाद्रिक कथथतत _____ फोन नंबर _____

डाक पता _____ शिर _____ राज्य _____ क्पि कोड _____

सामाकजक सुरक्षा नंबर (के वल बबललग एवं पिचान के ललए) _____

तनयोतता _____ रोगार कथथतत _____ ~~प्रतत सप्ताि काम ककए गए घंटों की संख्या~~

संख्या _____ तनयोतता का फोन नंबर _____

उत्तरदायी पक्ष की जानकारी/ कानूनी अभिािक की जानकारी

(यद्रद उपरोतत मर िो और उत्तरदायी पक्ष एक िो, तो इस खंड को ररतत छोड़ दें।)

नाम (प्रथम और अंततम) _____

जन्मततथथ _____ वैवाद्रिक कथथतत _____ फोन नंबर _____

डाक पता _____ शिर _____ राज्य _____ क्पि _____

सामाकजक सुरक्षा नंबर (के वल बबललग एवं पिचान के ललए) _____

तनयोतता _____ रोगार कथथतत _____

प्रतत सप्ताि काम ककए गए घंटों की संख्या _____ तनयोतता का फोन नंबर _____

उत्तरदायी पक्ष के जीिनसाथी की जानकारी

(यद्रद उपरोतत मर िो और उत्तरदायी पक्ष एक िो, तो मर िो के जीिनसाथी की जानकार भरें।)

ततथथ _____ खाता संख्या _____

नाम (प्रथम और अंततम) _____

जन्मततथथ _____ वैवाद्रिक कथथतत _____ फोन नंबर _____

डाक पता _____ शिर _____ राज्य _____ क्पि कोड _____

सामाकजक सुरक्षा नंबर (के वल बबललग एवं पिचान के ललए) _____

तनयोतता _____ रोगार कथथतत _____ ~~प्रतत सप्ताि काम ककए गए घंटों की संख्या~~

संख्या _____ तनयोतता का फोन नंबर _____

उत्तरदायी पक्ष के आश्रित

(यद्वद उपरोतत मर और उत्तरदायी पक्ष एक ि िो, तो मर के जीवनसाथी की जानकार भरें।)

नाम _____ जन्मततथथ _____ उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____

नाम _____ जन्मततथथ _____ उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____

नाम _____ जन्मततथथ _____ उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____

नाम _____ जन्मततथथ _____ उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____

पररवार में वयथकों और बच्चों की संख्या _____

माभसक आय

(नीचे सूचीबद्ध प्रत्येक वथतु के ललए डॉलर में रालश भरें। प्रत्येक के ललए प्रततमाि रालश बताएं।)

आवेदक की उपाकजत आय _____ प्राप्त लशशु सायता _____

आवेदक के जीवनसाथी की आय _____ प्राप्त तनवािि-व्यय _____

सामाकजक सुरक्षा लाभ _____ ककराए पर प्रदत्त संपत्त से आय _____

पेंशन / सेवातनवत्त त आय _____ फू ड थटैम्पस _____

तवकलांगता आय _____ प्राप्त ट्रथट फंड तवतरण _____

बेरोिगार भत्ता _____ अन्य आय _____

श्रलमक भत्ता _____ अन्य आय _____

ब्याज/लाभांश आय _____ कु ल सकल माभसक आय \$ _____

माभसक ननिाह खर्ा

(नीचे सूचीबद्ध प्रत्येक वथतु के ललए डॉलर में रालश भरें। प्रत्येक के ललए प्रततमाि रालश बताएं।)

बंधक/ककराया _____ लशशु सायता/तनवािि-व्यय _____

यूट्रटललट ज _____ क्रे डीट काडि _____

फोन(लडै लाइन) _____ डॉतटर/अथपताल के बबल _____

सेलफोन _____ कार/ऑटो बीमा _____

ककराना/खाद्य _____ घर/संपत्त बीमा _____

के बल/इन्टरनेट/सैटेलाईट ट वी _____ थचककत्सा/थवाथ्य बीमा _____

कार भुगतान _____ जीवन बीमा _____

लशशु देखभाल _____ अन्य मालसक व्यय _____

कु ल माभसक व्यय \$ _____

इस प्रकार मैं प्रमाणत करता िूंक कक उपरोतत जानकार मेर जानकार के अनुसार सि व पूणि िै। मैं इसके द्वारा अथपताल को अथधकार देता िूूँ कक उन्ििं आवश्यक लगने पर वे बाि क्रे डडट ररपोट्रिंग एजेंलसयों से जानकार प्राप्त कर सकते िै।

आवेदक के िथताक्षर _____

ततथथ _____

टिप्पणियाँ



Ascension

समथन पत्र

मर ि की थचककत्सीय ररकॉडि संख्या/खाता संख्या _____

समथक का नाम _____

मर ि/आवेदक से संबंध _____

समथक का पता _____

Ascension के ललए:

यि पत्र यि थपष्ट करने के ललए िै कक (मर ि का नाम) _____ की कोई आय नि ं
िै और मैं उसके सभी खचि के ललए सियायता करता िूं। उसका मेरे प्रतत बबलकु ल ना के बराबर दातयत्व
िै।

इस कथन पर िथाक्षर करके मैं थवीकार करता िूं कक प्रदत्त जानकार मेरे सवश्रेष्ठ ज्ञान के अनसु ार सत्य िै

समथक के िथाक्षर _____

ततथथ _____