



Ascension

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। 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 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 सबसे हालिया वार्षिक टैक्स रिटर्न, यदि 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

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 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 फ़ार्मसी/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। 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 दस्तावेज़ प्रिंट करके निम्न पते पर डाक से भेजें या स्वयं पहुंचाएं:

Ascension Providence - Patient Financial Services

Attn: Financial Counselors

P.O. Box 206767

Dallas TX, 75320

800-291-1493

Ascension Medical Group

Attn: Financial Assistance Department

P.O. Box 80278

Indianapolis, IN 46240-9998

833-263-9789

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 आपके 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 512-324-1125 पर संपर्क करें।

भवदीय,

मरीज़ वित्तीय सेवाएं

Ascension

वित्तीय सहायता आवेदन फ़ॉर्म



Ascension
Seton

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 _____
फूड 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

