

वित्तीय सहायता आवेदन पत्र



Ascension

मरीज़ जानकारी

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

तिथि _____ अकाउंट नंबर _____ अस्पताल का नाम _____

नाम (प्रथम और अंतिम) _____

जन्मतिथि _____ वैवाहिक स्थिति _____ फोन नंबर _____

डाक पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक) _____

नियोक्ता _____ रोज़गार स्थिति _____

प्रति सप्ताह काम किए गए घंटों की संख्या _____ नियोक्ता का फोन 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 (प्रथम और अंतिम) _____

जन्मतिथि _____ वैवाहिक स्थिति _____ फोन नंबर _____

डाक पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक) _____

नियोक्ता _____ रोज़गार स्थिति _____

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

उत्तरदायी पक्ष के जीवनसाथी की जानकारी

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

नाम (प्रथम और अंतिम) _____

जन्मतिथि _____ वैवाहिक स्थिति _____ फोन नंबर _____

डाक पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक) _____

नियोक्ता _____ रोज़गार स्थिति _____

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

उत्तरदायी पक्ष के आश्रित

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

नाम _____ जन्मतिथि _____ उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____

नाम _____ जन्मतिथि _____ उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____

नाम _____ जन्मतिथि _____ उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____

नाम _____ जन्मतिथि _____ 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 उपार्जित आय _____
आवेदक के जीवनसाथी की आय _____
सामाजिक सुरक्षा लाभ _____
पेंशन/ सेवानिवृत्ति आय _____
विकलांगता आय _____
बेरोजगारी भत्ता _____
श्रमिक _____
भत्ता ब्याज/ लाभांश आय _____

प्राप्त शिशु सहायता _____
प्राप्त निर्वाह, व्यय _____
किराए पर प्रदत्त संपत्ति से आय _____
फूड स्टैम्प _____
प्राप्त न्यास, निधि वितरण _____
अन्य आय _____
अन्य आय _____
कुल सकल मासिक आय \$ _____

मासिक निर्वाह खर्च

बंधक किराया _____
यूटिलिटीज _____
फोन 'लैंडलाइन' _____
सेल फोन _____
किराना खादय _____
केबल, इन्टरनेट, सैटेलाइट टीवी _____
कार भुगतान _____
शिशु देखभाल _____

शिशु सहायता, निर्वाह, व्यय _____
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, चालू खाते _____
स्टॉक्स, बॉन्ड्स, निवेश, सीडी _____
अन्य अचल संपत्ति, द्वितीयक निवास _____
बोट, आरवी, मोटरसाइकिल, मनोरंजनात्मक वाहन _____
कलेक्टर वाहन, गैर, जरूरी वाहन _____
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 _____

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 कोई आय नहीं मिलती या बिलकुल ना के बराबर आय मिलती है और मैं उसके निर्वाह खर्च में सहायता कर रहा 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 _____



Ascension

आवश्यक दस्तावेज और प्रमाणपत्र

आवेदन के साथ कृपया आपकी आय के प्रमाण के रूप में निम्न में से कम से कम किसी एक वस्तु की प्रति प्रदान करें। यदि आप विवाहित हैं या 6 माह या ज्यादा अवधि से किसी खास के साथ रहे हैं, तो उन्हें भी उनकी आय के प्रमाण के रूप में निम्न में से कम से कम किसी एक वस्तु की प्रति प्रदान करनी होगी।

- नियोक्ता से प्राप्त सबसे हाल ही की 3 पेसटबस की प्रतियाँ
- सबसे हाल ही के वार्षिक टैक्स रिटर्न की प्रतियाँ (स्व-नियोजित होने पर, सभी अनुसूचियां शामिल करें)
- सामाजिक सुरक्षा और/या पेंशन सेवानिवृत्ति पुरस्कार पत्र
- माता-पिता या अभिभावक के सबसे हाल ही का वार्षिक टैक्स रिटर्न, यदि आवेदक उनके कर पत्र में सूचीबद्ध आश्रित हैं और उसकी आयु 25 वर्ष से कम है
- अन्य आय सत्यापन दस्तावेज़
- पिछले 3 माह के बैंक स्टेटमेंट की प्रतियाँ
- बेरोजगारी लाभ प्राप्ति की प्रति

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, कृपया अपने बकाया मासिक चिकित्सा और फार्मसी/ औषधि लागत के प्रमाण के रूप में दस्तावेज भी प्रदान करें।

कृपया ध्यान दें कि आवेदन पर विचार करने के लिए आय के प्रमाण के साथ पूरी तरह भरा गया आवेदन प्राप्त होना जरूरी है। हम पूरी तरह ना भरे गए आवेदनों की प्रक्रिया नहीं कर सकते या उनपर विचार नहीं कर सकते।

कृपया ध्यान दें कि इन्टरनेट पर ईमेल द्वारा किए गए पत्राचार सुरक्षित नहीं होते। हालाँकि ऐसा होने की संभावना बहुत कम है परंतु हो सकता 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 मुद्रित करके निम्न पते पर डाक से भेजें या स्वयं पहुंचाएँ:

Ascension Providence Rochester Hospital
1101 West University Rd., Rochester, MI

इस आवेदन के बारे में कोई भी प्रश्न होने पर, कृपया (248) 652-5334 पर हमारे किसी भी मरीज़ प्रतिनिधि को कॉल करें।