

# वित्तीय सहायता आवेदन पत्र



## Ascension

### मरीज 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 (प्रथम और अंतिम) \_\_\_\_\_

जन्मतिथि \_\_\_\_\_ वैवाहिक स्थिति \_\_\_\_\_ फोन नंबर \_\_\_\_\_

डाक पता \_\_\_\_\_ शहर \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ ज़िप कोड \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा नंबर (केवल बिलिंग एवं पहचान के लिए) \_\_\_\_\_

नियोक्ता \_\_\_\_\_ रोज़गार स्थिति \_\_\_\_\_ ~~प्रति सप्ताह~~

संख्या \_\_\_\_\_ नियोक्ता का फोन नंबर \_\_\_\_\_

### उत्तरदायी पक्ष की जानकारी/ क़ानूनी अभिभावक की जानकारी

(यदि उपरोक्त मरीज 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 (केवल बिलिंग एवं पहचान के लिए) \_\_\_\_\_

नियोक्ता \_\_\_\_\_ रोज़गार स्थिति \_\_\_\_\_

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

### उत्तरदायी पक्ष के जीवनसाथी की जानकारी

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

तिथि \_\_\_\_\_ खाता संख्या \_\_\_\_\_

नाम (प्रथम और अंतिम) \_\_\_\_\_

जन्मतिथि \_\_\_\_\_ वैवाहिक स्थिति \_\_\_\_\_ फोन नंबर \_\_\_\_\_

डाक पता \_\_\_\_\_ शहर \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ ज़िप कोड \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा नंबर (केवल बिलिंग एवं पहचान के लिए) \_\_\_\_\_

नियोक्ता \_\_\_\_\_ रोज़गार स्थिति \_\_\_\_\_ ~~प्रति सप्ताह~~

संख्या \_\_\_\_\_ नियोक्ता का फोन नंबर \_\_\_\_\_

## उत्तरदायी पक्ष के आश्रित

(यदि उपरोक्त मरीज़ और उत्तरदायी पक्ष एक ही हों, 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 \_\_\_\_\_

परिवार में 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 \_\_\_\_\_

बेरोज़गारी भत्ता \_\_\_\_\_

श्रमिक भत्ता \_\_\_\_\_

ब्याज/लाभांश आय \_\_\_\_\_

प्राप्त शिशु सहायता \_\_\_\_\_

प्राप्त निर्वाह-व्यय \_\_\_\_\_

किराए पर प्रदत्त संपत्ति से आय \_\_\_\_\_

फूड स्टैम्प्स \_\_\_\_\_

प्राप्त ट्रस्ट फंड वितरण \_\_\_\_\_

अन्य आय \_\_\_\_\_

अन्य आय \_\_\_\_\_

**कुल सकल मासिक आय \$ \_\_\_\_\_**

## मासिक निर्वाह खर्च

(नीचे सूचीबद्ध प्रत्येक वस्तु के लिए डॉलर में राशि भरें। प्रत्येक के लिए प्रतिमाह राशि बताएं।)

बंधक/किराया \_\_\_\_\_

यूटिलिटीज \_\_\_\_\_

फोन(लैंडलाइन) \_\_\_\_\_

सेलफोन \_\_\_\_\_

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 व्यय \_\_\_\_\_

**कुल मासिक व्यय \$ \_\_\_\_\_**

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 स्पष्ट करने के लिए है कि (मरीज़ का नाम) \_\_\_\_\_ की कोई आय नहीं है और मैं उसके सभी खर्च के लिए सहायता करता 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

[तिथि]

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 है। 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 माह के भीतर कोई आवेदन पूर्ण किया है और आपको वित्तीय सहायता प्राप्त हुई है, तो कृपया हमें इस बारे में सूचित करें। संभवतः आपको नया आवेदन ना भरना पड़े। हम छः माह से पुराने पहले के आवेदन पर विचार नहीं करेंगे। 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 इंटरनेट 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। चूंकि आवेदन में निजी जानकारी है, हम आपसे आग्रह करते हैं कि आप इसे ईमेल न करें।

कृपया अपना भरा हुआ आवेदन मुद्रित करके निम्न पते पर डाक से भेजें या स्वयं पहुंचाएँ:

Ascension St. Joseph/Standish Hospital

वित्तीय परामर्श विभाग

200 Hemlock

Tawas City, MI 48764

इस आवेदन के बारे में कोई भी प्रश्न होने पर, कृपया 989-984-3796 पर हमारे किसी भी मरीज़ प्रतिनिधि को कॉल करें

भवदीय,

मरीज़ वित्तीय सेवाएँ  
Ascension