



Ascension

वित्तीय सहायता द्वितीयक

आवेदन पत्र*

* इस फॉर्म का उपयोग किसी मरीज द्वारा वित्तीय सहायता आवेदन पत्र पूरा करने के बाद, अगर मरीज की आय 201% FPL या उस से ऊपर हो तो किया जाना चाहिए।

केवल Ascension St. Joseph's और Standish Hospitals के लिए लागू!

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 _____

सामाजिक सुरक्षा नंबर (केवल बिलिंग एवं पहचान के लिए) _____

नियोक्ता _____ रोजगार स्थिति _____

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

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 \$ _____