

वित्तीय सहायता का आवेदन (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

सेवा की तारीख: _____

खाता संख्या: _____

रोगी या आवेदक का नाम: _____

पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____

फोन: _____ वैवाहिक स्थिति: _____ SSN: _____

वित्तीय सहायता पर विचार किए जाने के लिए निम्नलिखित को पूरा करना होगा। कृपया ध्यान दें कि बीमारहित मरीजों को सहायता प्राप्त करने से पहले हमारे बीमा पात्रता विक्रेता के साथ भाग लेना होगा।

(घर में रहने वाली पत्नी/पति और 18 वर्ष से कम आयु के आश्रित बच्चों का नाम और उनके जन्म की तारीख लिखें)

नाम	रोगी से संबंध	जन्म की तारीख	सेवा की तारीख से पहले के 3 महीनों में कुल सकल आय	सेवा की तारीख से पहले के 12 महीनों में कुल सकल आय	आय का स्रोत, नियोक्ता का नाम (यदि आप कॉलेज के विद्यार्थी हों, तो बताएं)
	स्वयं				

1. यदि आपने कुल आय शून्य सूचित की है, तो आपकी सहायता कैसे की जा रही है?

2. आपके आगमन के समय आप किस राज्य में निवास करते थे?

3. क्या आपने MEDICAID या किसी अन्य काउंटी सहायता के लिए आवेदन किया है? ☐ जी नहीं ☐ जी हाँ (तारीख/राज्य _____)

4. क्या सेवा की तारीख पर आपके पास स्वास्थ्य बीमा था? ☐ जी नहीं ☐ जी हाँ (इस आवेदन के साथ कार्ड की प्रति प्रदान करें)

5. क्या सेवा की तारीख किसी वाहन दुर्घटना तारीख से संबंधित थी? ☐ जी नहीं ☐ जी हाँ (बीमा नाम/दावा# _____)

6. क्या आपके घर में किसी के पास चेकिंग या बचत खाता है? ☐ जी नहीं ☐ जी हाँ (मूल्य _____)

7. क्या आपके घर में किसी के पास कोई अन्य संपत्ति है? ☐ जी नहीं ☐ जी हाँ (प्रकार/मूल्य) _____

8. क्या आप घर के मालिक हैं या आपने इसे किराए पर लिया हुआ है? ☐ मालिक हैं ☐ किराए पर लिया हुआ है ☐ अन्य (_____)

ऊपर सूचीबद्ध आय संपत्तियों के लिए आपको घर के प्रत्येक सदस्य के लिए निम्नलिखित प्रदान करना होगा:

(कृपया प्राप्त वस्तुओं पर सही का निशान लगाएं)

- | | |
|--|--|
| ☐ रोजगार = 3 या 12 महीने की आय | ☐ स्वरोजगार = अनुसूची C सहित टैक्स के फॉर्म भरें |
| ☐ बेरोजगारी = लाभ पत्र | ☐ बाल सहायता = अदालत द्वारा आदेशित दस्तावेज़ |
| ☐ सामाजिक सुरक्षा = लाभ पत्र | ☐ अन्य = लाभांश, ब्याज, किराये की आय जैसी किसी भी अन्य आय का प्रमाण |
| ☐ पेंशन या विकलांगता = लाभ पत्र | ☐ जाँच / बचत = प्रत्येक खाते के लिए वर्तमान 30 दिन का विवरण |

प्रमाणीकरण: इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करके, मैं इस आवेदन में दिए गए उत्तरों के सही होने की पुष्टि करता/ती हूँ। यदि किसी व्यक्ति के वित्तीय सहायता आवेदन की बाद की समीक्षा से यह पता चलता है कि व्यक्ति द्वारा प्रदान की गई जानकारी या तो गलत थी और या कपटपूर्ण थी, तो वित्तीय सहायता प्रदान करने का निर्णय पलटा जा सकता है और जिम्मेदार पार्टी को बिल भेजा जाएगा। मैं समझता/ती हूँ कि मैं जो जानकारी प्रस्तुत कर रहा/रही हूँ, वह क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों सहित मेरे अस्पताल प्रदाता द्वारा सत्यापन के अधीन है और अपेक्षा के अनुसार संघीय और/या राज्य एजेंसियों तथा दूसरों द्वारा समीक्षा के अधीन है।

रोगी के हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

आवेदक या प्रतिनिधि के हस्ताक्षर: _____ संबंध: _____ तारीख: _____

भरा गया आवेदन और दस्तावेज़ डाक से यहाँ भेजें:

Bon Secours Mercy Health Financial Aid, P.O. Box 631360
Cincinnati, OH 45263-1360

पिछला संशोधन: 01/2022