

मरीज के नाम का अंतिम शब्द _____ प्रथम _____ मध्य _____
एसएस# _____ जन्म तिथि _____ वैवाहिक स्थिति _____ फ़ोन# _____
मरीज का पता _____
नियोक्ता _____ पति/पत्नी का नियोक्ता _____

परिवार के सदस्य (पति/पत्नी और 18 वर्ष से कम आयु के आश्रित बच्चों की सूची, जो आपके कर विवरणी में सूचीबद्ध हैं और उनकी जन्म तिथि):

नाम	जन्म तिथि	नाम	जन्म तिथि
1. _____	/ _____	4. _____	/ _____
2. _____	/ _____	5. _____	/ _____
3. _____	/ _____	6. _____	/ _____

आवेदकों को सभी आवश्यक दस्तावेजों को इस पते पर भेजना होगा:

बॉन सेकौर्स वित्तीय सहायता कार्यक्रम

पी ओ बॉक्स 742431

अटलांटा, जीए 30374-2431

प्रत्येक प्रश्न का उत्तर दें और अनुरोध की गई जानकारी प्रदान करें

अबीमाकृत मरीजों को सहायता प्राप्त करने से पहले हमारे बीमा पात्रता वेंडर के साथ संपर्क करना चाहिए
आवेदन के पूरी तरह प्राप्त होने और हमारे वेंडर के साथ भागीदारी के 60 दिनों के भीतर निर्णय लिया जाएगा

कृपया नीचे दिये गए सभी प्रश्नों के उत्तर दें	अगर हाँ, तो कृपया लाभ प्राप्त करने वाले घर के प्रत्येक सदस्य के लिए निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें
क्या आपके घर का कोई भी सदस्य स्वरोजगार करता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	सबसे नवीनतम कर वर्ष हेतु व्यापार कर सहित पूरा कर प्रपत्र और नवीनतम तिमाही के लिए सूचीबद्ध आय
क्या आपके घर का कोई भी सदस्य कार्यरत है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	तीन सबसे नवीनतम वेतन प्रपत्र या नियोक्ता के द्वारा निर्गत वक्तव्य
क्या आपके घर का कोई भी सदस्य बेरोजगारी भत्ता प्राप्त करता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	राज्य के वेवसाइट से लिया गया बेरोजगारी या भत्ता प्राप्ति का प्रमाणपत्र
क्या आपके घर का कोई भी सदस्य सामाजिक सुरक्षा प्राप्त करता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	प्रत्यक्ष जमा की स्थिति में एसएस लाभ पत्र या पूर्ण बैंक स्टेटमेंट
क्या आपके घर का कोई भी सदस्य पेंशन या सेवानिवृत्ति भत्ता प्राप्त करता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	प्रत्यक्ष जमा की स्थिति में पेंशन/सेवानिवृत्ति पत्र या पूर्ण बैंक स्टेटमेंट
क्या आपके घर का कोई भी सदस्य एसएनएपी लाभ प्राप्त करता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	एसएनएपी पत्र
क्या आपके घर का कोई भी सदस्य बच्चे के लिए सहायता प्राप्त करता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	कोर्ट के द्वारा निर्गत दस्तावेज या गैर-अभिरक्षक माता-पिता द्वारा जारी पत्र
क्या आपके घर का कोई भी सदस्य किराये या निवेश की संपत्ति का मालिक है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	किराये की सूची सहित किराया अनुबंध या संबंधित दस्तावेज
क्या आपके घर के किसी भी सदस्य के आय के अन्य स्रोत हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	शेयर, बांड, सीडी की कोई भी अतिरिक्त संपत्ति...वर्तमान विवरणी संलग्न करें
क्या आपके घर के किसी भी सदस्य का चेकिंग, बचत या मुद्रा बाजार खाता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	प्रत्येक खाते के लिए मौजूदा 30 दिन के विवरणी की पूरी प्रति संलग्न करें
कोई आय नहीं: <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
यदि आपका परिवार किसी प्रकार की आय के नहीं होने का दावा कर रहा है, तो आपकी सहायता के लिए कोई व्यक्ति होगा, जो आपको भोजन, आवास और दैनिक खर्च उपलब्ध कराता होगा, नीचे हस्ताक्षर करें और बतायें कि वे किस प्रकार के सहायता प्रदान कर रहे हैं	
मैं प्रमाणित करता हूँ कि, मैं (नाम) _____ (फ़ोन नंबर) _____ ऊपर सूचीबद्ध मरीज के लिए भोजन, आवास और दैनिक खर्च प्रदान करता हूँ, और/या आय का \$ _____ मासिक सहायता प्रदान करता हूँ: _____ हस्ताक्षर _____ संबंध _____ दिनांक _____	

वीजा पर रह रहे आवेदकों को वीजा प्राप्त करने के दौरान प्रस्तुत किये गए सभी बीमा, वित्तीय सहायता और/या प्रायोजन के बारे में जानकारी की एक प्रति प्रदान करनी चाहिए

>>> जारी <<<

बॉन सेकौर्स हेल्थ सिस्टम
वित्तीय सहायता आवेदन

मरीज के नाम का अंतिम शब्द _____ प्रथम _____ मध्य _____

		व्यक्तिगत संपत्ति मूल्य सूची	
वार्षिक घरेलू आय	_____	सीडी (नकद मूल्य)	_____
नकदी / बैंक / बचत खाता में पैसा	_____	प्राथमिक आवास (नकद मूल्य)	_____
मासिक किराया	_____	अन्य रियल एस्टेट (नकद मूल्य)	_____
मासिक गिरवी भुगतान	_____	401के (नकद मूल्य)	_____

एक दुर्घटना की वजह से क्या आपका इलाज किया गया था? हाँ _____ नहीं _____ (वित्तीय सहायता कार्यक्रम कार्यस्थल पर हुई दुर्घटना, कॉस्मेटिक प्रक्रियाओं या एकसमान दर की प्रक्रियाओं, दुर्घटनाओं या ऐसे अन्य उपचार, दर्द और पीड़ा और अन्य नुकसान, जिसके मेडिकल बिल के लिए आप मुआवजा प्राप्त करते हैं, आदि के लिए लागू नहीं होता है।)

क्या आपके पास स्वास्थ्य बीमा है? हाँ नहीं (अगर हाँ, तो आगे की जानकारी नीचे प्रदान करें)

- बीमा का नाम _____ बीमाधारक का नाम _____ बीमा # _____
- बीमा का नाम _____ बीमाधारक का नाम _____ बीमा # _____

मैं एतद्वारा यह अनुरोध करता हूँ कि, बॉन सेकौर्स हेल्थ सिस्टम इन्फॉर्मेटिव वित्तीय सहायता के संदर्भ में मेरी पात्रता का लिखित रूप में निर्धारण करे। मैं यह समझता हूँ कि, अगर मेरे द्वारा दी गई जानकारी गलत पाई जाती है, तो इससे मेरे आवेदन को अस्वीकृत किया जा सकता है, और इसके बाद उपलब्ध कराई गई सेवाओं के शुल्क का भुगतान करना मेरी जिम्मेदारी होगी। मैं यह घोषित करता हूँ कि, उपरोक्त जानकारी मेरे ज्ञान एवं विश्वास के लिहाज से सत्य, पूर्ण और सही है। मैं इस बात को करता हूँ कि, वित्तीय सहायता की पात्रता और इसकी स्वीकृति के लिए स्क्रीनिंग वेंडर के साथ सहयोग करना आवश्यक है।

अतिरिक्त टिप्पणियाँ _____

उत्तरदायी पक्ष के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

बॉन सेकौर्स हेल्थ सिस्टम इन्फॉर्मेटिव, वित्तीय सहायता आवेदन में दी गई जानकारी को मान्य करने का अधिकार सुरक्षित रखता है, तथा व्यक्तिगत आय या उसके अभाव को मान्य करने के दौरान गोपनीयता को बरकरार रखा जाएगा, और किसी भी स्थिति में क्रेडिट ब्यूरो एजेंसी को ऐसी कोई भी रिपोर्ट प्रदान नहीं करेगा, जिससे आवेदक की गोपनीयता प्रतिकूल रूप से प्रभावित हो।

अगर आपको अतिरिक्त सहायता की जरूरत है, तो कृपया अपने निकटतम बॉन सेकौर्स अस्पताल में वित्तीय सलाहकार से मिल सकते हैं या हमारे ग्राहक सेवा विभाग को कॉल कर सकते हैं।

स्थानीय रिचमंड 804-342-1500

टोल फ्री 877-342-1500

सोमवार- शुक्रवार प्रातः 8:30 बजे से दोपहर 1:00 बजे तक और 2:00 बजे से संध्या 7:00 बजे तक