

वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी या आवेदक का नाम: _____

पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____

फ़ोन: _____ वैवाहिक स्थिति: _____

सेवा की तिथि: _____
खाता संख्या: _____
CSN: _____
अस्पताल: _____

वित्तीय सहायता पर विचार के लिए निम्नलिखित को पूरा किया जाना चाहिए। कृपया ध्यान दें कि सहायता प्राप्त करने से पहले बिना बीमा के मरीजों को हमारे बीमा पात्रता विक्रेता के साथ भाग लेना चाहिए। पूर्ण आवेदन प्राप्त होने और हमारे विक्रेता के साथ भागीदारी के 90 दिनों के भीतर निर्णय लिए जाएंगे

नाम	रोगी के साथ संबंध	जन्म की तारीख	से पहले 3 महीने में कुल सकल आय सेवा की तिथि	से पहले 12 महीनों में कुल सकल आय सेवा की तिथि	आय नियोक्ता के नाम का स्रोत (यदि आप एक कॉलेज के छात्र हैं)
	स्वयं				

- यदि आपने शून्य कुल आय की सूचना दी है, तो आपको कैसे समर्थन दिया जा रहा है? _____
- आपके आगमन के समय आप किस राज्य में निवास करते थे? _____
- क्या आपने मेडिकैड या किसी अन्य काउंटी सहायता के लिए आवेदन किया है? नहीं हाँ (दिनांक/स्थिति) _____
- क्या आपके पास सेवा की तारीख में स्वास्थ्य बीमा था? नहीं हाँ (इस आवेदन के साथ कार्ड की प्रति प्रदान करें)
- क्या सेवा की तारीख एक ऑटो दुर्घटना से संबंधित थी? नहीं हाँ (बीमा नाम/दावा # _____)
- क्या आपके घर में किसी के पास चेकिंग या बचत खाता है? नहीं हाँ (मान) _____
- क्या आपके घर में किसी के पास कोई अन्य संपत्ति है? नहीं हाँ (प्रकार / मूल्य) _____
- क्या आपके पास घर है या किराए पर है? मालिकाना किराया अन्य (_____)

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

(कृपया प्राप्त वस्तुओं को चिह्नित करें)

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> रोजगार = 3 या 12 महीने की आय | <input type="checkbox"/> स्वरोजगार = अनुसूची सी सहित पूर्ण कर प्रपत्र |
| <input type="checkbox"/> बेरोजगारी = लाभ पत्र | <input type="checkbox"/> बाल सहायता = अदालत ने दस्तावेज़ का आदेश दिया |
| <input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा = लाभ पत्र | <input type="checkbox"/> अन्य = किसी भी अन्य आय के प्रमाण जैसे डिविडेंड, ब्याज, किराये की आय |
| <input type="checkbox"/> पेंशन या विकलांगता = लाभ पत्र | <input type="checkbox"/> जाँच / बचत = प्रत्येक खाते के लिए वर्तमान 30 दिन का विवरण |

प्रमाणीकरण: इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करके, मैं इस आवेदन के उत्तर की पुष्टि करता/ती हूँ कि यह सही है किसी व्यक्ति के वित्तीय सहायता आवेदन की बाद की समीक्षा से पता चलता है कि व्यक्ति द्वारा प्रदान की गई जानकारी गलत थी या धोखाधड़ी थी, वित्तीय सहायता प्रदान करने का निर्णय विपरीत हो सकता है और जिम्मेदार पार्टी को बिल दिया जाएगा। मैं समझता/ती हूँ कि मैं जो जानकारी प्रस्तुत करता/ती हूँ वह मेरे अस्पताल प्रदाता द्वारा क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों सहित सत्यापन के अधीन है, और आवश्यकतानुसार संघीय और / या राज्य एजेंसियों और अन्य द्वारा समीक्षा के अधीन है।

रोगी के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

आवेदन या प्रतिनिधि हस्ताक्षर: _____ संबंध: _____ दिनांक: _____
(यदि रोगी नहीं है)

पूर्ण आवेदन और प्रलेखन यहाँ भेजें:

बॉन सेकॉर्स साउथसाइड रीजनल मेडिकल सेंटर
(Bon Secours Southside Regional Medical Center)
200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805