

St. David's Healthcare Partnership वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम

रोगी का खाता संख्या

दूरभाष संख्या

सामाजिक सुरक्षा संख्या

जन्म तिथि (महिना/दिन/वर्ष)

कार्यरत

बेरोजगार

नियोक्ता (नाम, पता और दूरभाष संख्या)

जीवन साथी का नाम

सामाजिक सुरक्षा संख्या

जन्म तिथि (महिना/दिन/वर्ष)

रोगी के पिता (यदि रोगी अवयस्क है तो)

सामाजिक सुरक्षा संख्या

जन्म तिथि (महिना/दिन/वर्ष)

रोगी की माता (यदि रोगी अवयस्क है तो)

सामाजिक सुरक्षा संख्या

जन्म तिथि (महिना/दिन/वर्ष)

A. वेतन: कृपया अपने घरों में निम्नलिखित व्यक्तियों में हरेक का वेतन प्रदान करें।

	सर्किल एक	रोगी के पिता (यदि रोगी अवयस्क है)	सर्किल एक
रोगी	\$ _____ घंटा/सप्ताह/महिना/वर्ष	\$ _____ घंटा/सप्ताह/महिना/वर्ष	\$ _____ घंटा/सप्ताह/महिना/वर्ष
जीवनसाथी	\$ _____ घंटा/सप्ताह/महिना/वर्ष	\$ _____ घंटा/सप्ताह/महिना/वर्ष	\$ _____ घंटा/सप्ताह/महिना/वर्ष

B. अन्य संसाधन: कृपया बचत खातों, चेकिंग खातों, शेयर, बांड, आदि सहित आप को उपलब्ध अन्य संसाधनों की कुल राशि प्रदान करें \$ _____

कृपया आप ब्याज आय, लाभांश, किराये की आय, आदि सहित इन अन्य संसाधनों से प्राप्त वार्षिक आय की राशि प्रदान करें \$ _____

C. परिवार के सदस्य: कृपया रोगी के घर में व्यक्तियों की संख्या प्रदान करें। _____

D. आय सत्यापन: कृपया अपनी आय को सत्यापित करने के लिए निम्नलिखित प्रकार में से कोई भी दस्तावेज़ प्रदान करें।

- IRS प्रपत्र W-2
- पेचेक रेमिटेंस
- कर वापसी
- बैंक विवरण
- नियोक्ता सत्यापन
- सरकारी सहायता कार्यक्रमों में भागीदारी का प्रमाण जैसे फ़ूड स्टैम्प, CDIC, मेडिकेड या AFDC
- सामाजिक सुरक्षा या बेरोजगारी मुआवजा निर्धारण पत्र
- अन्य, कृपया वर्णन करें

यदि आप ऊपर सूचीबद्ध आय दस्तावेज़ के माध्यमों में से कोई प्रदान नहीं कर सकते हैं तो कृपया इसकी व्याख्या करें की यह जानकारी उपलब्ध क्यों नहीं है:

मुझे पता है कि David's Healthcare Partnership (SDHP) इस आवेदन के SDHP मूल्यांकन से संबंधित इस वित्तीय सहायता आवेदन ("आवेदन") में निहित वित्तीय जानकारी को सत्यापित कर सकता है और अपने हस्ताक्षर द्वारा यहाँ मैं अपने नियोक्ता को अधिकृत करता हूँ कि वह इस आवेदन में दी गयी जानकारी को सत्यापित करें। मैं SDHP को क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों और सामाजिक सुरक्षा प्रबंधन से रिपोर्ट की मांग करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। मैं सत्यापित करता/करती हूँ कि यह जानकारी मेरा ज्ञान के अनुसार बिलकुल सत्य है और मैं इस बात से अवगत हूँ कि इस आवेदन में गलत जानकारी के कारण वित्तीय सहायता से इंकार किया जा सकता है।

मुझे पता है कि कोई भी वित्तीय सहायता मेरी भुगतान न करने की योग्यता पर आधारित है और यह कि यदि आय का कोई नया स्रोत उपलब्ध हो जाता है तो SDHP पूर्णतः या आंशिक तौर पर वित्तीय सहायता के अनुदान को रद्द कर सकता है।

रोगी या उत्तरदायी पक्ष का हस्ताक्षर

दिनांक _____

दिनांक _____

SDHP नियोक्ता हस्ताक्षर यदि वित्तीय सहायता आवेदन का कोई भी भाग SDHP नियोक्ता द्वारा पूरा किया गया हो

St. David's Healthcare Partnership वित्तीय सहायता आवेदन जानकारी और निर्देश

निर्देश:

समुदाय की सेवा करने और St. David's Healthcare सिस्टम के चैरिटेबल उद्देश्यों में से किसी को पूरा करने की प्रतिबद्धता के तौर पर St. David's Healthcare Partnership लोगों को वित्तीय सहायता प्रदान करने का चयन करता है जो कुछ विशेष आय आवश्यकताओं को पूरा करते हैं।

कोई व्यक्ति वित्तीय सहायता के लिए योग्य है इसका निर्धारण करने के लिए हमें इस आवेदन के अन्दर रेखांकित कुछ विशेष वित्तीय जानकारी प्राप्त करना आवश्यक होता है। आपका सहयोग हमें वित्तीय सहायता के लिए आपके अनुरोध को सभी उचित महत्व देने में सहायक होगा।

कृपया वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा करें और पंजीकरण प्रतिनिधि को पूरा किया हुआ फॉर्म वापस करें; पूरा किया हुआ फॉर्म निम्नलिखित पते पर डाक से भी भेजा जा सकता है:

Patient Account Services

PO Box 292369

Nashville, TN 37229-2369

खंड अ: वेतन

वित्तीय सहायता आवेदन के खंड अ में, कृपया प्रत्येक सूचीबद्ध व्यक्ति द्वारा प्राप्त डॉलर राशि को मुआवजा के तौर पर इंगित करें और साथ साथ यह भी व्यक्त करें कि राशि घंटावार, साप्ताहिक, मासिक या वार्षिक मुआवजा है।

खंड ब: अन्य संसाधन

वित्तीय सहायता आवेदन के खंड ब के पहले रिक्त स्थान में कृपया वह डॉलर राशि इंगित करें जो आपने चेकिंग खाता, बचत खाता, स्टॉक इत्यादि में निवेश किया है। दूसरे रिक्त स्थान में कृपया आय की डॉलर राशि इंगित करें जो आप इस प्रकार के निवेशों से हर वर्ष प्राप्त करते हैं। उदाहरण के लिए, पहले रिक्त स्थान में कोई यह डाल सकते हैं कि उनके पास बचत खाता में \$5,000 है और दूसरे रिक्त स्थान में वे डाल सकते हैं कि वे उस खाता से वार्षिक \$250 अर्जित करते हैं।

खंड स: परिवार के सदस्य

वित्तीय सहायता आवेदन का खंड स रोगी के घर में लोगों की संख्या पर जानकारी मांगता है। इस संख्या में रोगी, रोगी के जीवनसाथी और रोगी पर आश्रित लोग सम्मिलित होने चाहिए। यदि रोगी अवयस्क है तो, कृपया रोगी, रोगी की माता और/या पिता और/या कानूनी अभिभावक और रोगी की माता और/या पिता और/या कानूनी अभिभावक के साथ रह रहे आश्रित लोगो को सम्मिलित करें।

खंड द: आय सत्यापन

वित्तीय सहायता हेतु आपके अनुरोध पर विचार करने के लिए वित्तीय सहायता आवेदन के खंड अ में रिपोर्ट किए गए वेतन का सत्यापन आवश्यक है। कृपया IRS फॉर्म W-2, वेतन और कर वक्तव्य; पे चेक रेमिटेंस; टैक्स रिटर्न; बैंक स्टेटमेंट या आय का कोई अन्य उचित संकेतक या सार्वजनिक लाभ कार्यक्रम में सहभागिता जैसेकि सामाजिक सुरक्षा, बेरोजगारी मुआवजा, मेडिकेड, काउंटी निर्धन स्वास्थ्य कार्यक्रम, AFDC, बेरोजगारी बीमा, खाद्य टिकटें, WIC, टेक्सास स्वस्थ बच्चे, बच्चों के स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम या इस तरह के अन्य गरीबी संबंधित कार्यक्रमों का कोई प्रमाण उपलब्ध कराएं।

आप अपने नियोक्ता से लिखित सत्यापन दिला कर या अपने नियोक्ता से किसी SDHP प्रतिनिधि की बात करा कर भी अपने वेतन का सत्यापन कर सकते हैं।

यदि आप ऊपर सूचीबद्ध आय दस्तावेज़ का कोई भी स्रोत उपलब्ध नहीं करा पाते हैं तो कृपया वित्तीय सहायता आवेदन के खंड द में लिखित व्याख्या उपलब्ध कराएं।

चिकित्सक सेवाएँ

सेवा उपलब्ध कराने वाले चिकित्सक St. David's Healthcare Partnership के नियोक्ता नहीं हैं। आपको अपने व्यक्तिगत चिकित्सक से और अन्य चिकित्सकों से जिनकी सेवाओं की आपको आवश्यकता है की ओर से अलग अलग बिल प्राप्त होंगे। इन बिलों से संबंधित प्रश्नों के लिए या चिकित्सक सेवाओं के लिए भुगतान की व्यवस्था करने के लिए, कृपया व्यक्तिगत चिकित्सक के कार्यालय से संपर्क करें।