

# वित्तीय सहायता का आवेदन (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

सेवा की तारीख: \_\_\_\_\_

खाता संख्या: \_\_\_\_\_

रोगी या आवेदक का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

फ़ोन: \_\_\_\_\_ वैवाहिक स्थिति: \_\_\_\_\_

**वित्तीय सहायता पर विचार किए जाने के लिए निम्नलिखित को पूरा करना होगा। कृपया ध्यान दें कि अभीमित 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	सेवा की तारीख से पहले के 12 महीनों में कुल सकल आय सेवा की तारीख	आय का स्रोत, नियोक्ता का नाम (यदि आप कॉलेज के विद्यार्थी हों, तो बताएं)
	स्वयं				

- यदि आपने कुल आय शून्य सूचित की है, तो आपकी सहायता कैसे की जा रही है? \_\_\_\_\_
- आपके आगमन के समय आप किस राज्य में निवास करते थे? \_\_\_\_\_
- क्या आपने MEDICAID या किसी अन्य काउंटी सहायता के लिए आवेदन किया है?  जी नहीं  जी हाँ (तारीख/राज्य \_\_\_\_\_)
- क्या सेवा की तारीख पर आपके पास स्वास्थ्य बीमा था?  जी नहीं  जी हाँ (इस आवेदन के साथ कार्ड की प्रति प्रदान करें)
- क्या सेवा की तारीख किसी वाहन दुर्घटना से संबंधित थी?  जी नहीं  जी हाँ (बीमा नाम/दावा# \_\_\_\_\_)
- क्या आपके घर में किसी के पास चेकिंग या बचत खाता है?  जी नहीं  जी हाँ (मूल्य \_\_\_\_\_)
- क्या आपके घर में किसी के पास कोई अन्य संपत्ति है?  जी नहीं  जी हाँ (प्रकार/मूल्य \_\_\_\_\_)
- 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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> रोजगार = 3 या 12 महीने की आय  | <input type="checkbox"/> स्वरोजगार = अनुसूची C सहित टैक्स के फॉर्म भरें                    |
| <input type="checkbox"/> बेरोजगारी = लाभ पत्र          | <input type="checkbox"/> बाल सहायता = अदालत द्वारा आदेशित दस्तावेज़                        |
| <input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा = लाभ पत्र    | <input type="checkbox"/> अन्य = लाभांश, ब्याज, किराये की आय जैसी किसी भी अन्य आय का प्रमाण |
| <input type="checkbox"/> पेंशन या विकलांगता = लाभ पत्र | <input type="checkbox"/> चेकिंग / 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: \_\_\_\_\_  
(यदि रोगी नहीं है)

भरा गया आवेदन और दस्तावेज़ डाक से यहाँ भेजें:  
Mercy Health Public Benefits Dept  
PO Box 631774  
Cincinnati, OH 45263-1774

अंतिम संशोधन: 03/2024