

मरीज़ की जानकारी **अमेरिका के** **हाँ** **न**

खाता संख्या: _____ सहूलत का नाम: _____

नाम: _____ SS#: _____ जन्म तिथि: _____

गांरटीकर्ता और पति/पत्नी की **विवाहित** **तलाक़श** **अलग** **विधवा/वि** **सिंगल**

गांरटीकर्ता का नाम: _____ SS#: _____ मरीज़ के साथ संबंध: _____

जन्म तिथि: ____/____/____ घर का पता: _____

फोन #: (____) _____ अन्य फोन: (____) _____

नियोक्ता 1: _____ पता: _____

कार्य #: _____ पद: _____ **वार्षिक या** **पूर्णकालिक, अल्पकालिक तौर पर कार्य करते हैं या बेरोज़गार हैं**
प्रति घंटा वेतन: _____ (एक पर गोला बनाएं)

नियोक्ता 2: _____ पता: _____

कार्य #: _____ पद: _____ **वार्षिक या** **पूर्णकालिक, अल्पकालिक तौर पर कार्य करते हैं या बेरोज़गार हैं**
प्रति घंटा वेतन: _____ (एक पर गोला बनाएं)

पति/पत्नी का नाम: _____ SS#: _____ जन्म तिथि: ____/____/____ नियोक्ता 1: _____

पता: _____ **वार्षिक या** **पूर्णकालिक, अल्पकालिक तौर पर कार्य करते हैं या बेरोज़गार हैं**
कार्य #: _____ पद: _____ प्रति घंटा वेतन: _____ (एक पर गोला बनाएं)

नियोक्ता 2: _____ पता: _____

बेरोज़गार हैं कार्य#: _____ **वार्षिक या** **पूर्णकालिक, अल्पकालिक तौर पर कार्य करते हैं या**
पद: _____ प्रति घंटा वेतन: _____ (एक पर गोला बनाएं)

कानूनी तौर पर आश्रित व्यक्ति (केवल उन आश्रित व्यक्तियों के नाम लिखें जिन्हें आपके संघीय कर फॉर्म में क्लेम किया जा सकता हो।)

नाम (पहला, बीच का, आखरी)	जन्म तिथि (mm/dd/yy)	संबंध	
	__/__/__		क्या आपने मेडिकेड के लिए आवेदन किया है? हाँ _____ नहीं _____
	__/__/__		
	__/__/__		
	__/__/__		क्या आप कोबरा के लिए योग्यता प्राप्त करते हैं, हाँ नहीं _____

संपत्तियाँ और आय के अन्य स्रोत

चालू बकाया: \$ _____ बैंक का नाम: _____ बचत बकाया: \$ _____ बैंक का नाम: _____

मनी मार्केट बकाया: \$ _____ बैंक का नाम: _____ सोशल सिक्योरिटी: \$ _____ मासिक पेंशन: \$ _____

निर्वाह-व्यय (एलिमोनी): \$ _____ बाल समर्थन: \$ _____ CDs: _____

कोई और संपत्तियाँ, जैसे कि, स्टॉक, बॉन्ड, आदि _____ किस्म: _____

क्या आप छात्र ऋण पर रिफंड प्राप्त करते हैं? हाँ या नहीं (एक पर गोला बनाएं) छात्र रिफंड की राशि: \$ _____

क्या आपने पिछले 3 वर्षों में दिवालियेपन के लिए फाइल किया है? हाँ या नहीं (एक पर गोला बनाएं) यदि हाँ, तो तारीख बताएं: ____/____/____

क्या आप किसी किराए की संपत्ति के मालिक हैं? हाँ या नहीं (एक पर गोला बनाएं) यदि हाँ, तो मासिक आय कितनी है? \$ _____

संपत्ति का मूल्य: \$ _____

वेलस्टार हेल्थ सिस्टम (Wellstar Health System) उन मरीजों के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध है जिन्होंने Wellstar अस्पतालों में चिकित्सीय रूप से अनिवार्य देखभाल प्राप्त करनी चाही पर उनके पास उस देखभाल का खर्च उठाने के सीमित या कोई भी ज़रिए नहीं थे। Wellstar सभी व्यक्तियों को, उनकी भुगतान करने की योग्यता या अपने वित्तीय सहायता कार्यक्रम के अंतर्गत पात्रता पर ध्यान दिए बिना आपातकाल चिकित्सीय देखभाल प्रदान करेगा।

Wellstar अस्पताल के लिए वित्तीय सहायता हेतु योग्यता प्राप्त करने के लिए, प्राइवेट और सरकारी भुगतान कार्यक्रमों से भुगतान या कवरेज के वैकल्पिक स्रोतों की पहचान करना और उन्हें निर्धारित करने के लिए Wellstar का सहयोग देना अनिवार्य है। वित्तीय सहायता हेतु योग्यता प्राप्त करने के लिए, निम्नलिखित आवश्यक है:

आवेदन-पत्र की जानकारी:

वित्तीय सहायता के लिए एक सही, सटीक, हस्ताक्षरित और पूर्ण आवेदन पत्र जमा करें; और

वित्तीय सहायता के सभी आवेदकों को लागू होने पर निम्नलिखित चीज़ें प्रदान कर पारिवारिक आमदन और पारिवारिक संपत्तियों का प्रमाण देना होगा:

वर्तमान वित्तीय स्थिति के आधार पर निम्नलिखित दस्तावेज़ प्रदान करें:

- सकल वेतन की पुष्टि करते सबसे हाल ही के तीन (3) महीनों के पेचेक स्टब या नियोक्ता की ओर से स्टेटमेंट **और** परिवार के लिए प्रत्येक चालू बचत, मनी मार्किट या अन्य बैंक या निवेश खाते के लिए सबसे हाल ही की दो (2) महीनों की बैंक स्टेटमेंट प्रदान करें
- सबसे हालिया IRS फॉर्म 1040 **और** IRS फॉर्म 1040 से मेल खाने के लिए पिछले वर्ष के दौरान जारी किया IRS W-2/1099 (यदि लागू हो) अतिरिक्त दस्तावेज़ (यदि लागू हो):
 - अन्य हर तरह की आमदन (उदाहरण के लिए, पारिवारिक सदस्यों के लिए बेरोज़गारी मुआवज़ा, अयोग्यता, सेवानिवृत्ति, छात्र ऋण, सोशल सिक्योरिटी ऑफिस से इनाम पत्र, सभी स्व-नियोजित आवेदकों के लिए वर्तमान मुनाफा व नुकसान की रिपोर्ट, अदालत द्वारा आदेश दी गई निर्वाह-व्यय (एलिमोनी), अदालत द्वारा आदेश दिए गए बाल समर्थन के दस्तावेज़, या बेनिफिट कार्ड एक्टिविटी स्टेटमेंट (TANF), आदि) के सबसे हाल ही के दो (2) महीनों के लिखित स्टेटमेंट
 - 3 से कम महीनों के लिए बेरोज़गार होने पर -- पिछले नियोक्ता से अलग होना की अधिसूचना
 - 3 से अधिक महीनों के लिए बेरोज़गार होने पर -- वेतन तहकीकात (मज़दूर विभाग)
 - बेरोज़गारी मुआवज़ा इनकार पत्र
 - संपत्ति के मूल्यों के दस्तावेज़, जिसमें बिना किसी सीमा के, संपत्ति कर स्टेटमेंट, जमा प्रमाणपत्र, और अन्य निवेश स्टेटमेंट शामिल हों
 - उन व्यक्तियों से योगदान की स्टेटमेंट जो मरीज़ को आय में योगदान करते हैं या सेवाओं के रूप में सहायता प्रदान करते हैं

दस्तावेज़ों में कोई भी फेर बदल करने या कुछ काटने की अनुमति नहीं है।

आपके आवेदन को संसाधित करने के लिए यह जानकारी 30 दिनों के भीतर प्राप्त हो जानी चाहिए। Wellstar हेल्थ सिस्टम के वित्तीय सहायता कार्यक्रम के तहत वित्तीय सहायता की समीक्षा के लिए पात्र खातों को डिस्चार्ज किए जाने की पहली बिलिंग स्टेटमेंट की तारीख से 240 दिनों के भीतर भरे हुए आवेदन पत्र जमा कर देने चाहिए। गैर-अनुपालन होने पर, Wellstar के पास वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए आपके खाते को संसाधित न करने का अधिकार सुरक्षित है। आप इस आवेदन से जुड़े सवालों या सहायता के लिए Wellstar से यहाँ पर संपर्क कर सकते हैं:

SBO FAP Department, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066, फ़ैक्स नंबर: 770-792-1737 या फोन नंबर: 470-245-9998.

टिप्पणियाँ:

मैं एतद्वारा Wellstar से अनुरोध करता/करती हूँ कि अपने वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए मेरी पात्रता निर्धारित की जाए। मैं समझता/समझती हूँ कि जो जानकारी मैं अपनी वार्षिक आय और परिवार के आकार के संबंध में प्रस्तुत करूंगा/करूंगी, उसे सत्यापित किया जाना चाहिए। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि यदि मेरे द्वारा प्रस्तुत की जाने वाली जानकारी गलत पाई जाती है, तो इसके परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता से इनकार कर दिया जाएगा। इसके अलावा, मैं किसी भी सहायता (यानी, मेडिकेड, मेडिकेयर, स्टेट एड (कैंसर के लिए), वोकेशनल रिहैब, बीमा इत्यादि) के लिए आवेदन और जाँच प्रक्रिया का अनुपालन करने के लिए सहमत होता/होती हूँ, जो मेरे Wellstar खाता शुल्क के भुगतान के लिए उपलब्ध हो सकते हैं। इस तरह की सहायता प्राप्त करने के लिए जो भी कार्रवाई आवश्यक समझी जा जाएगी, उसे पूरा करने में मैं अपना पूर्ण सहयोग दूंगा/दूंगी और Wellstar शुल्क के लिए वसूल की गई राशि को Wellstar को सुपुर्द या भुगतान करूंगा/करूंगी। मैं वित्तीय सहायता कार्यक्रम के समायोजन के बाद शेष किसी भी बकाया राशि का भुगतान करने के लिए सहमत होता/होती हूँ। ऐसा न करने के परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता कार्यक्रम की किसी भी छूट का खण्डन हो सकता है। वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए भरा गया एक आवेदन पत्र प्रति गारंटर पर लागू होता है।

मैं इस बात की पुष्टि करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान अनुसार सही और सटीक है।

गारंटीकर्ता के हस्ताक्षर: _____