



Hospital Financial Assistance Program Application
P.O. Box 748733
Atlanta, Georgia 30374
फ़ोन: 470-245-9998

रोगी की जानकारी

अमेरिकी निवासी: हां नहीं

मेडिकल रिकॉर्ड नंबर (Medical Record Number, MRN): _____ प्रतिष्ठान का नाम: _____
रोगी का नाम: _____ SS#: _____ जन्मतिथि: _____

गारंटर और जीवनसाथी
जानकारी

शादीशुदा तलाकशुदा अलग विधवा अविवाहित

गारंटर का नाम: _____ SS#: _____ रोगी से रिश्ता: _____
जन्मतिथि: _____ / _____ / _____ घर का पता: _____
फ़ोन #: (_____) _____ अन्य फ़ोन: (_____) _____
नियोक्ता 1: _____ पता: _____

कार्य #: _____ पद: _____ वार्षिक या घंटेवार वेतन: _____ पूर्णकालिक, अंशकालिक कार्यरत, या बेरोजगार (एक पर घेरा बनाएं)

नियोक्ता 2: _____ पता: _____
कार्य #: _____ पद: _____ वार्षिक या घंटेवार वेतन: _____ पूर्णकालिक, अंशकालिक कार्यरत, या बेरोजगार (एक पर घेरा बनाएं)

जीवन-साथी का नाम: _____ SS#: _____ जन्मतिथि: _____ / _____ / _____
नियोक्ता 1: _____ पता: _____

कार्य #: _____ पद: _____ वार्षिक या घंटेवार वेतन: _____ पूर्णकालिक, अंशकालिक कार्यरत, या बेरोजगार (एक पर घेरा बनाएं)

नियोक्ता 2: _____ पता: _____
कार्य #: _____ पद: _____ वार्षिक या घंटेवार वेतन: _____ पूर्णकालिक, अंशकालिक कार्यरत, या बेरोजगार (एक पर घेरा बनाएं)

कानूनी आश्रित (केवल उन आश्रितों की सूची बनाएं जिनका आपके फ़ेडरल टैक्स फ़ॉर्म पर दावा किया जा सकता है)

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	जन्मतिथि (mm/dd/yy)	रिश्ता	
	/ /		क्या आपने Medicaid के लिए आवेदन किया है?
	/ /		हां _____ नहीं _____
	/ /		क्या आप Cobra के लिए योग्य हैं?
	/ /		हां _____ नहीं _____

संपत्तियां और अन्य आय स्रोत

बैलेंस चेक करना: \$ _____ बैंक का नाम: _____ सेविंग्स बैलेंस: \$ _____ बैंक का नाम: _____

मुद्रा बाज़ार संतुलन: \$ _____ बैंक का नाम: _____ सामाजिक सुरक्षा: \$ _____ मासिक पेंशन: \$ _____

निर्वाह धनराशि: \$ _____ बाल सहायता: \$ _____ CDs: _____

कोई अन्य संपत्ति, यानी स्टॉक, बॉण्ड, इत्यादि: प्रकार: _____ मूल्य (\$): _____

क्या आपको छात्र ऋण रिफंड (Student Loan Refunds) प्राप्त होता है? हां या नहीं (एक पर घेरा लगाएं) छात्र रिफंड राशि (Student Refunds Amount): \$ _____

क्या आपने पिछले 3 वर्षों में दिवालियापन के लिए आवेदन किया है? हां या नहीं (एक पर घेरा लगाएं) यदि हां, तो तिथि बताएं: _____ / _____ / _____

क्या आपके पास कोई रेंटल संपत्ति है? हां या नहीं (एक पर घेरा लगाएं) यदि हां, तो मासिक आय क्या है? \$ _____ संपत्ति का मूल्य: \$ _____

Wellstar Health System उन मरीजों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध है, जिन्होंने Wellstar Hospitals में चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल की मांग की है, मगर उनके पास उस देखभाल के लिए भुगतान करने के लिए सीमित साधन हैं या कोई भी साधन नहीं है। Wellstar अपने फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम (Financial Assistance Program) के तहत भुगतान करने की क्षमता या पात्रता की परवाह किए बगैर सभी व्यक्तियों को आपातकालीन चिकित्सा देखभाल प्रदान करेगा।

Wellstar hospital के लिए वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए, सार्वजनिक और निजी भुगतान कार्यक्रमों से भुगतान या कवरेज के वैकल्पिक स्रोतों की पहचान करने और निर्धारित करने में Wellstar के साथ सहयोग आवश्यक है। वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए, निम्नांकित आवश्यक है:

आवेदन की जानकारी:

वित्तीय सहायता के लिए सच्चा, सटीक, हस्ताक्षरयुक्त और पूरा भरा आवेदन जमा करें; और वित्तीय सहायता (Financial Assistance) के सभी आवेदकों को नीचे बताए लागू होने वाली चीजों के साथ घरेलू आय और घरेलू संपत्ति का प्रमाण देना होगा:

IRS फॉर्म 1040 से मेल खाने के लिए पिछले वर्ष के दौरान जारी किए गए सबसे हालिया इंटरनल रिवेन्यू सर्विस (Internal Revenue Service, IRS) फॉर्म 1040 और IRS W-2/1099 (यदि लागू हो)

मौजूदा वित्तीय स्थिति के आधार पर निम्नांकित दस्तावेज प्रदान करें:

- तीन (3) महीनों के सबसे हालिया पेचेक स्टब्स या सकल वेतन की पुष्टि करने वाले नियोक्ता की ओर से स्टेटमेंट प्रदान करें और प्रत्येक चेकिंग, सेविंग्स, मुद्रा बाजार या परिवार के अन्य बैंक या निवेश खाते के लिए नवीनतम दो (2) महीने का बैंक स्टेटमेंट प्रदान करें। खाली पृष्ठों समेत सभी पृष्ठ। या
- IRS फॉर्म 1040 से मेल खाने के लिए पिछले वर्ष के दौरान जारी किए गए सबसे हालिया IRS फॉर्म 1040 (सभी शिड्यूल्स समेत) और IRS W-2/1099 (यदि लागू हो)

अतिरिक्त प्रलेखन (यदि लागू हो)

- अन्य सभी आयों (उदाहरण के लिए, बेरोजगारी मुआवजा, विकलांगता, सेवानिवृत्ति, छात्र ऋण, सामाजिक सुरक्षा कार्यालय (Social Security Office) से पुरस्कार पत्र, सभी स्व-रोज़गार आवेदकों के लिए वर्तमान प्रॉफ़िट और लॉस रिपोर्ट, अदालत द्वारा जारी गुजारा भत्ता का आदेश विवरण, अदालत द्वारा जारी बाल सहायता दस्तावेज, या परिवार के लिए बेनीफ़िट कार्ड ऐक्टिविटी स्टेटमेंट (TANF), इत्यादि) के लिए सबसे हालिया दो (2) महीनों के लिए लिखित स्टेटमेंट्स।
- अगर 3 महीने से कम समय से बेरोजगार हैं - तो पिछले नियोक्ता से अलग होने की अधिसूचना (Separation Notification)
- अगर 3 महीने से अधिक समय से बेरोजगार हैं - तो वेतन पूछताछ (Department of Labor)
- बेरोजगारी मुआवज़ा अस्वीकरण पत्र (Unemployment compensation denial letter)
- परिसंपत्ति मूल्यों का प्रलेखन, जिसमें बगैर किसी सीमा के, प्रॉपर्टी टैक्स स्टेटमेंट्स, जमा प्रमाणपत्र (Certificates of Deposit) और अन्य निवेश विवरण शामिल हैं।
- उन व्यक्तियों के योगदान विवरण जो रोगी को आय या वस्तु के रूप में सहायता प्रदान करते हों।
- अनुमत दस्तावेजों में कोई परिवर्तन या कटौती की अनुमति नहीं है।

आपके आवेदन पर कार्रवाई करने के लिए यह जानकारी 30 दिनों के भीतर मिल होनी चाहिए। Wellstar Health System के फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम (Financial Assistance Program) के तहत वित्तीय सहायता समीक्षा (Financial Assistance Review) के लिए पात्र खातों को पहली पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग विवरण तिथि से 240 दिनों के भीतर प्रस्तुत आवेदन पूरा करना होगा। इसका पालन न होने पर Wellstar के पास फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम (Financial Assistance Program) के लिए आपके खाते पर कार्रवाई न करने का अधिकार सुरक्षित है। आप प्रश्नों के लिए या इस आवेदन में सहायता के लिए Wellstar से यहां संपर्क कर सकते हैं:

Single Billing Office (SBO) Financial Assistance Program (FAP) Department, P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374, , फ़ैक्स नम्बर: 770-792-1737 या फ़ोन नम्बर: 470-245-9998

टिप्पणियां:

मैं इसके द्वारा अनुरोध करता हूँ कि Wellstar अपने फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम (Financial Assistance Program) के लिए मेरी पात्रता निर्धारित करे। मैं समझता हूँ कि मैं अपनी वार्षिक आय और परिवार के आकार के संबंध में जो जानकारी देना चाहता हूँ, उसे सत्यापित किया जाना चाहिए। मैं यह भी समझता हूँ कि अगर मेरे द्वारा सबमिट की गई जानकारी गलत पाई जाती है, तो ऐसे निर्णय के कारण वित्तीय सहायता के लिए पात्रता से इनकार कर दिया जाएगा। मैं किसी भी सहायता (जैसे, कि Medicaid, Medicare, State Aid (कैसर के लिए), व्यावसायिक पुनर्वास, बीमा, इत्यादि) के लिए आवेदन और स्क्रीनिंग प्रक्रिया का अनुपालन करने के लिए भी सहमत हूँ, जो मेरे Wellstar खाते के शुल्क के भुगतान के लिए उपलब्ध हो सकती है। मैं ऐसी सहायता पाने के लिए, जो भी कार्रवाई आवश्यक समझी जाएगी उसे करने में पूरा सहयोग करूंगा और Wellstar के शुल्कों के लिए वसूली गई राशि Wellstar को सौंपूंगा या उनका भुगतान करूंगा। मैं फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम (Financial Assistance Program) के समायोजन के बाद बाकी बची किसी भी बैलेंस राशि का भुगतान करने के लिए सहमत हूँ। ऐसा करने में विफलता होने पर किसी भी फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम (Financial Assistance Program) छूट को उलट दिया जा सकता है। एक पूर्ण फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम (Financial Assistance Program) का आवेदन हर गारंटर पर लागू होता है। मैं पुष्टि करता हूँ कि इस आवेदन पर दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सही है।

गारंटर का हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

अनुरोध किए दस्तावेजों के बदले स्वीकार्य परिदृश्य और अतिरिक्त दस्तावेज:

- अगर चालू वर्ष की आय कर रिटर्न पर आय से कम है, तो कृपया टैक्स रिटर्न की बजाय दो महीने के बैंक स्टेटमेंट (कोई पेज नहीं छोड़ा गया) और 3 महीने का पे स्टब प्रदान करें।

अगर सभी W-2, 1099 और किसी भी शेड्यूल सहित नवीनतम फ़ेडरल इनकम टैक्स रिटर्न की एक प्रति प्रदान करने में असमर्थ हैं, तो निम्नांकित में से दो प्रदान करें:

- सबसे हालिया पे स्टब्स (या बेरोजगारी का प्रमाणन) के तीन (3) महीने के विवरण प्रदान करें और सभी चेकिंग, सेविंग्स, मुद्रा बाजार खातों के लिए दो (2) वर्तमान बैंक विवरण प्रदान करें (कोई पृष्ठ छोड़ा नहीं जाए)।
- अगर बैंक खाते में अतिरिक्त जमा राशि है, तो हमें उन जमाओं के लिए सहायक दस्तावेज की जरूरत होगी।
 - उपहार में दी गई या उधार ली गई धनराशि के लिए, उस व्यक्ति या ऋणदाता का एक पत्र जिसने राशि उपहार में दी है।
 - विरासत के लिए, प्रोबेट लेटर जो राशि का समर्थन करता है।
 - IRA, 401k, या अन्य सेवानिवृत्ति वितरण, या स्टॉक/बॉन्ड बिक्री के लिए, वितरित राशि को सत्यापित करने के लिए उस खाते का एक स्टेटमेंट।
 - जीवन बीमा ऋण के लिए, उस खाते से वितरण दिखाने वाला एक स्टेटमेंट।
 - कार की बिक्री हेतु, बिक्री बिल की एक कॉपी।
 - बच्चे के भरण-पोषण के लिए, बाल भरण-पोषण के आदेश को दर्शाने वाली तलाक के फैसले की एक प्रति।
 - ऐसी नौकरी के लिए, जो पे स्टब्स प्रदान नहीं करती है, नियोक्ता से एक पत्र (भले ही वह कोई मित्र या परिवार का सदस्य हो) जिसमें वेतन की राशि और वेतन की बारंबारता बताई गई हो।
- अगर पिछले 3 महीनों में आपकी कोई आमदनी नहीं है, तो उस व्यक्ति से समर्थन पत्र जो आपकी मदद कर रहा है और साथ ही यदि आपके पास सामाजिक सुरक्षा नंबर है तो श्रम विभाग (Department of Labor) से वेतन पूछताछ (Wage Inquiry)।

□ अन्य स्थितियां:

- मरीज एक माता-पिता है, जो बच्चों के साथ रहता है और बच्चे अपने टैक्स रिटर्न पर माता-पिता का क्लेम कर रहे हैं।
 - कृपया अपना बैंक स्टेटमेंट, एम्प्लॉयमेंट पे स्टब्स और समर्थन पत्र प्रदान करें।
- कोई रोगी जो बेघर हो।
 - कृपया वेतन पूछताछ (wage Inquiry) प्रदान करें या
 - अगर आपको नकद भुगतान किया जाता है, तो हमें आपकी आय का विवरण और जिस व्यक्ति के साथ आप रह रहे हैं उसका एक समर्थन पत्र चाहिए।
- रोगी/आवेदक इक्कीस वर्ष से कम आयु का है और किसी अन्य के कर रिटर्न पर आश्रित के रूप में सूचीबद्ध है।
 - कृपया अपने माता-पिता के लिए सभी शिड्यूल समेत टैक्स रिटर्न, W-2's, 1099's प्रदान करें।
 - अगर माता-पिता ने कर दाखिल नहीं किया है, तो कृपया माता-पिता को बैंक स्टेटमेंट और पे स्टब्स प्रदान करें।