



WellStar हेल्थ सिस्टम

अस्पताल वित्तीय सहायता कार्यक्रम ऐप्लिकेशन

पुनरीक्षण तिथि: 6/21/2016

LD-24-01-JA4J Hindu Rev 6/16

P.O Box 670747
Marietta, Georgia 30066
फोन: 770-792-1791

रोगी की जानकारी

यू.एस. निवासी

हाँ

नहीं

खाता संख्या: _____

कॉर्पोरेट: _____

नाम: _____

SS#: _____

जन्मतिथि: _____

ज़मानती और पति/पत्नी की जानकारी

विवाहित

तलाकशुदा

वियुक्त

विधवा

नाम: _____

SS# _____

रोगी से संबंध: _____

जन्मतिथि: _____

/ /

घर का पता: _____

फोन #: _____

()

अन्य फोन नंबर: _____

()

नियोक्ता: _____

पता: _____

कार्य #: _____

पद: _____

वार्षिक या प्रति घंटे के
अनुसार वेतन: _____

पूर्णकालिक या अल्पकालिक कार्य

(वृत्त एक)

पति/पत्नी का नाम: _____

SS# _____

जन्मतिथि: _____

/ /

नियोक्ता: _____

पता: _____

कार्य #: _____

पद: _____

वार्षिक या प्रति घंटे के
अनुसार वेतन: _____

पूर्णकालिक या अल्पकालिक कार्य

(वृत्त एक)

कानूनी रूप से आश्रित सदस्य (केवल उन्हीं आश्रितों की सूची बनाएँ जो आपके फ़ेडरल टैक्स फ़ार्म पर दावा कर सकते हों)

नाम (प्रथम, मध्यम, अंतिम)	जन्मतिथि (माह/तिथि/वर्ष)	संबंध
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

क्या आपने चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन किया है?
हाँ नहीं

क्या आप कोबरा के लिए योग्य हैं?
हाँ नहीं

संपत्ति और आय के अन्य स्रोत

शेष राशि की जाँच

\$ _____

बैंक का नाम: _____

शेष बचत राशि

\$ _____

बैंक का नाम: _____

मासिक
पेंशन

\$ _____

सामाजिक
सुरक्षा:

\$ _____

व्यक्तिगत सेवानिवृत्ति
व्यवस्था (IRA)

\$ _____

जमा राशि का
प्रमाणपत्र

\$ _____

बचचे हेतु
सहयोग

\$ _____

क्या आपने विद्यार्थी ऋण वापसी प्राप्त की है?

हाँ या नहीं (वृत्त एक)

विद्यार्थी वापसियाँ

\$ _____

भरण-पोषण निधि

\$ _____

भूस्वामी: हाँ या नहीं (वृत्त एक)

कीमत

\$ _____

कोई अन्य संपत्ति जैसे स्टॉक, बॉन्ड, 401K

\$ _____

क्या आप किराए पर दी जाने वाली संपत्ति के
मालिक हैं?

हाँ या नहीं (वृत्त एक)

यदि हाँ, तो वह क्या है

मासिक आय: _____

\$ _____

संपत्ति की कीमत क्या है?

\$ _____

क्या पिछले तीन सालों में आप पर दिवालियापन के लिए केस हुआ है?

हाँ या नहीं (वृत्त एक)

यदि हाँ, तो वह तिथि उपलब्ध कराएँ:

/ /

क्या आपके पास स्टॉक या बॉन्ड हैं?

हाँ या नहीं (वृत्त एक)

यदि हाँ, तो उनकी कीमत क्या है?

\$ _____

WellStar हेल्थ सिस्टम ऐसे रोगियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध है जिन्हें WellStar अस्पताल में चिकित्सकीय देखभाल की आवश्यकता है लेकिन इसके भुगतान के लिए उनके पास सीमित धनराशि है या धनराशि ही नहीं है। WellStar द्वारा अपने वित्तीय सहायता कार्यक्रम के अंतर्गत भुगतान करने के सामर्थ्य या पात्रता पर ध्यान दिए बिना सभी लोगों को आपातकालीन चिकित्सा उपलब्ध कराई जाएगी।

WellStar अस्पताल के लिए वित्तीय सहायता हेतु योग्य होने के लिए WellStar के साथ सहयोग करना आवश्यक है ताकि सरकारी और निजी भुगतान कार्यक्रमों से प्राप्त कवरेज या भुगतान के वैकल्पिक स्रोतों का निर्धारण और उनकी पहचान की जा सके। वित्तीय सहायता हेतु योग्य होने के लिए निम्नलिखित आवश्यक है:

आवेदन की जानकारी:

- वित्तीय सहायता के लिए सत्य, सटीक जानकारी, हस्ताक्षरित और पूर्ण रूप से भरे हुए आवेदन को जमा करें और
- सभी आवेदकों द्वारा घरेलू आय और घर की संपत्ति का प्रमाणपत्र दिया जाना अनिवार्य है, निम्नलिखित में से जो भी उनकी स्थिति के अनुसार लागू होता हो:

फेडरल आयकर रिटर्न की नवीनतम प्रति प्रदान करने में असमर्थ होने पर निम्नलिखित में से कोई एक या सभी प्रदान करें:

- नवीनतम तीन (3) माह के भुगतान चेक या नियोक्ता द्वारा सत्यापित सकल वेतन का विवरण प्रदान करें या
- पिछले वर्ष के दौरान जारी किया गया IRS W-2 या
- नवीनतम IRS फॉर्म 1040 या
- बचत, मनी मार्केट या किसी अन्य बैंक या निवेश खाते में से प्रत्येक की जाँच के लिए नवीनतम दो (2) माह का बैंक विवरण या
- सभी अन्य आय (उदाहरण. बेरोजगारी क्षतिपूर्ति, विकलांगता, सेवानिवृत्ति, विद्यार्थी ऋण, सामाजिक सुरक्षा कार्यालय से पुरस्कार पत्र, स्व-रोजगार प्राप्त सभी आवेदकों से वर्तमान लाभ-हानि रिपोर्ट, भरण-पोषण दस्तावेज़, बच्चों के सहयोग संबंधी दस्तावेज़ इत्यादि) के नवीनतम दो (2) माह का लिखित विवरण या
- बेरोजगारी क्षतिपूर्ति अस्वीकरण पत्र या
- संपत्ति की कीमत से संबंधित दस्तावेज़ जिनमें सीमा रहित, संपत्ति कर विवरण, जमा प्रमाणपत्र, 401k, 403b, व्यक्तिगत सेवानिवृत्ति व्यवस्था (IRA) और अन्य निवेश के विवरण शामिल हों या
- ऐसे व्यक्तियों का अंशदान विवरण जिनके द्वारा रोगी को किसी प्रकार की सहायता या आय के रूप में योगदान दिया जाता हो

आपके आवेदन की प्रक्रिया आगे बढ़ाने के लिए इस जानकारी का प्राप्त होना अनिवार्य है। यदि आप प्रथम पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिंग विवरण तिथि के 240 दिवस के भीतर उपरोक्त अनुरूप जानकारी प्रदान करने में असफल होते हैं, तो WellStar के पास वित्तीय सहायता कार्यक्रम को स्वीकृत करने के लिए आपके खाते की प्रक्रिया आगे नहीं बढ़ाने का अधिकार सुरक्षित है। इस आवेदन के संबंध में किसी प्रकार की सहायता या अपने प्रश्नों को लेकर आप WellStar से निम्न पर संपर्क कर सकते हैं:

SBO FAP विभाग, 805 Sandy Plains Road (सैंडी प्लेस रोड), Marietta (मारीटा), GA 30067 या हमारा फोन नंबर: 678-838-5750.

टिप्पणी:

मैं यह निवेदन करता/ती हूँ कि WellStar द्वारा अपने वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए मेरी पात्रता का निर्धारण किया जाए। मैं यह समझता/ती हूँ कि मेरे द्वारा मेरी वार्षिक आय और परिजनों की संख्या के संबंध में जमा की गई जानकारी को सत्यापित किया जाना अनिवार्य है। मैं यह भी समझता/ती हूँ कि यदि मेरे द्वारा जमा की गई जानकारी गलत पाई जाती है, तो इसका परिणाम वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता का अस्वीकरण होगा। मैं सहमति देता/ती हूँ कि आवेदन को किसी भी सहायता (जैसे, चिकित्सा सहायता, चिकित्सकीय देखभाल, राज्य सहायता (कैंसर के लिए) विशेषीकृत पुनर्वास, बीमा इत्यादि) के लिए बनाया जाए जो मेरे WellStar खाते के शुल्कों का भुगतान करने के लिए उपलब्ध हो सकते हैं। मेरे द्वारा इस प्रकार की सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक कार्यों की पूर्ति में पूरा सहयोग किया जाएगा और WellStar शुल्कों के लिए रिकवर की गई राशि का WellStar को भुगतान या आवंटन किया जाएगा। मैं सहमति देता/ती हूँ कि वित्तीय सहायता कार्यक्रम का समायोजन किए जाने के बाद शेष बची किसी भी राशि का भुगतान मेरे द्वारा किया जाएगा। ऐसा करने में असफल होने का परिणाम वित्तीय सहायता कार्यक्रम की छूट वापस लिए जाने के रूप में हो सकता है। वित्तीय सहायता कार्यक्रम हेतु एक पूर्ण आवेदन के लिए एक जमानती का नियम लागू है।

मैं पुष्टि करता/ती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरे अनुसार सत्य और सही है।

जमानती के हस्ताक्षर:

तिथि:
