

സാമ്പത്തിക വിവര ഫോം / സാമ്പത്തിക സഹായ അപേക്ഷ

ഈ ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിന് സഹായം വേണമെങ്കിലോ നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങൾ ഉണ്ടെങ്കിലോ 713.338.5502 എന്ന നമ്പറിൽ അല്ലെങ്കിൽ 800.526.2121 എന്ന നമ്പറിൽ വിളിക്കുക - 5 അമർത്തുക

രോഗിയുടെ പേര്:	ഫോൺ :
രോഗിയുടെ തെരുവ് വിലാസം:	നഗരം, സ്റ്റേറ്റ്, സിപ്പി കോഡ്:
അക്കൗണ്ട് നമ്പർ (നമ്പറുകൾ):	സേവന തീയതി(കൾ):

നിർദ്ദേശങ്ങൾ: എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം നൽകണം. ഏതെങ്കിലും ചോദ്യം ബാധകമല്ലെങ്കിൽ, ലൈനിൽ N/A (ബാധകമല്ല) എന്നെഴുതുക. ചിത്രമുള്ള തിരിച്ചറിയൽ രേഖയുടെ ഒരു ഫോട്ടോകോപ്പി വയ്ക്കുക (ഉദാഹരണത്തിന്: സ്റ്റേറ്റ് ഇഷ്യൂ ചെയ്തിട്ടുള്ള ചിത്രമുള്ള ഒരു ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്, പാസ്പോർട്ട് മുതലായവ.) * ഏറ്റവും സമീപകാലത്ത് സമർപ്പിച്ച ഇൻകം ടാക്സ് റേറ്റിട്ടേണിന്റെ ഒരു ഫോട്ടോകോപ്പി ചേർക്കുക **അല്ലെങ്കിൽ ഇനിപ്പറയുന്ന വരുമാന തെളിവുകളിലൊന്നിന്റെ ഒരു ഫോട്ടോകോപ്പി ചേർക്കുക:**

<input type="checkbox"/> അവസാന 2 പേചെക്ക് സ്റ്റബുകൾ <input type="checkbox"/> തൊഴിലില്ലായ്മ വേതന സ്ഥിരീകരണ സ്ലിപ്പ്	<p>* ഫോട്ടോ ഐഡി ലഭ്യമല്ലെങ്കിൽ, തിരിച്ചറിയൽ കാണിക്കുന്ന മറ്റ് രേഖകൾ ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്. സഹായത്തിനായി മുകളിലെ ഫോൺ നമ്പറിൽ ബന്ധപ്പെടുക.</p> <input type="checkbox"/> സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി ചെക്ക് അല്ലെങ്കിൽ അവാർഡ് കത്ത് <input type="checkbox"/> ജീവനക്കാരന്റെപേരും തൊഴിലും ഒരു മണിക്കൂർ നേരത്തേക്കുള്ള വേതനവും ജോലി ചെയ്ത മണിക്കൂറുകളുടെ എണ്ണവും പ്രസ്താവിക്കുന്ന തൊഴിലുടമയുടെ കത്ത്
---	---

***** പിന്തുണയ്ക്കുന്ന ഡോക്യുമെന്റേഷൻ ഇല്ലെങ്കിൽ ഇതൊരു സമ്പൂർണ്ണ അപേക്ഷയായി കണക്കാക്കപ്പെടില്ല. *****

സ്ഥിതി:	<input type="checkbox"/>	സ്ഥിര ടെക്സാസ് നിവാസി	<input type="checkbox"/>	നിയമാനുസൃതമായ നിവാസി	<input type="checkbox"/>	കുടിയേറ്റ വിസ	<input type="checkbox"/>	കുടിയേറ്റ ഇതര വിസ
വൈവാഹിക നില (ഒരേണ്ണത്തിൽ ശരിയടയാളമിടുക):	<input type="checkbox"/>	വിവാഹിത/ൻ	<input type="checkbox"/>	വിവാഹം ചെയ്തിട്ടില്ല	<input type="checkbox"/>	വിവാഹബന്ധം വേർപെടുത്തി		
	<input type="checkbox"/>	വിധവ	<input type="checkbox"/>	മറ്റുള്ളത്				

വീട്ടിലെ 18 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികളും മറ്റ് ആശ്രിതരും (ആവശ്യമെങ്കിൽ മറ്റൊരു പേജിൽ തുടരുക)

മുഴുവൻ പേര്	ജനനത്തീയതി	ആശ്രിതരുമായുള്ള ബന്ധം (ഒരേണ്ണത്തിൽ ശരിയടയാളമിടുക)				
		കുട്ടി	വളർത്തുപുത്രൻ/പുത്രി	രക്ഷാകർത്താവ്	പ്രായപൂർത്തിയായ വ്യക്തി/വയസ്സായ വ്യക്തി	ബന്ധമില്ല

എംപ്ലോയ്മെന്റ് സംഗ്രഹം	
രോഗി	ജീവിതപങ്കാളി
തൊഴിലുടമ	തൊഴിലുടമ
തൊഴിൽ	തൊഴിൽ
തൊഴിൽ നില (ഒരേണ്ണത്തിൽ ശരിയടയാളമിടുക)	തൊഴിൽ നില (ഒരേണ്ണത്തിൽ ശരിയടയാളമിടുക)
<input type="checkbox"/> മുഴുവൻ സമയം <input type="checkbox"/> വീട്ടമ്മ	<input type="checkbox"/> ഭാഗിക സമയം <input type="checkbox"/> ജോലിയിലേക്ക് തിരികെ പ്രവേശിക്കാനില്ല
<input type="checkbox"/> തൊഴിലില്ല <input type="checkbox"/> ജോലിയിലേക്ക് തിരികെ പ്രവേശിക്കാനില്ല	<input type="checkbox"/> മുഴുവൻ സമയം <input type="checkbox"/> വീട്ടമ്മ <input type="checkbox"/> ജോലിയിലേക്ക് തിരികെ പ്രവേശിക്കാനില്ല

പ്രതിമാസ ഗാർഹിക വരുമാനം		പ്രതിമാസ ഗാർഹിക ചെലവ് (FAA-യ്ക്ക് ബാധകമല്ല)	
രോഗി	\$ _____ /മാസം	ഹൗസിംഗ്:	സ്വന്തം/വായ്പ വാടക
ജീവിതപങ്കാളി	\$ _____ /മാസം	ഗൃഹവായ്പാ പണം അടയ്ക്കൽ	\$ _____ /മാസം
ജീവനാംശം	\$ _____ /മാസം	യൂട്ടിലിറ്റികൾ (വൈദ്യുതി, വെള്ളം)	\$ _____ /മാസം
തൊഴിൽ രഹിത നില	\$ _____ /മാസം	കാർ # 1	\$ _____ /മാസം
ചെൽഡ് സപ്പോർട്ട്	\$ _____ /മാസം	കാർ # 2	\$ _____ /മാസം
സർവൈവേഴ്സ് ബെനിഫിറ്റ്	\$ _____ /മാസം	പെന്ഷൻ	\$ _____ /മാസം

വർക്കേഷൻ കോമ്പൻസേഷൻ	\$	/മാസം	ഇൻഷുറൻസ്	\$	/മാസം
ട്രസ്റ്റ് ഫണ്ട്	\$	/മാസം	ടിവി / കേബിൾ / ഫോൺ	\$	/മാസം
മറ്റുള്ളത്	\$	/മാസം	ഭക്ഷണം	\$	/മാസം
മൊത്തം വരുമാനം	\$	/മാസം	മൊത്തം ചെലവുകൾ	\$	/മാസം

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടുകൾ/മറ്റ് സ്വത്തുക്കൾ (എല്ലാ 3 ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം നൽകണം):				(FAA-യ്ക്ക് ബാധകമല്ല)	
ചെക്കിംഗ് അക്കൗണ്ട്? (ഒരേണ്ണത്തിൽ വട്ടമിടുക)	ഉവ്വ്	ഇല്ല	നിലവിലെ ബാലൻസ്	\$	_____
സേവിംഗ്സ് അക്കൗണ്ട്? (ഒരേണ്ണത്തിൽ വട്ടമിടുക)	ഉവ്വ്	ഇല്ല	നിലവിലെ ബാലൻസ്	\$	_____
കൂടുതലായ സ്വത്ത്? (ഒരേണ്ണത്തിൽ വട്ടമിടുക)	ഉവ്വ്	ഇല്ല	നിലവിലെ മൂല്യം	\$	_____
	ഉണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി വിവരിക്കുക:				_____

പിൻവശം കാണുക



പിൻവശം കാണുക

രോഗിയുടെ പേര്:

- ഞാൻ നൽകിയിരിക്കുന്ന ഉത്തരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൽ പെട്ടിടത്തോളം സത്യവും കൃത്യവും ആണെന്ന് വ്യാജസത്യവാങ്മൂലം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള ശിക്ഷ എന്താണെന്ന അറിവോടെ, ഞാൻ ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.
- ഞാൻ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ, ഗാർഹിക വരുമാനവും ചെലവുകളും പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്നു.
- ഈ വിവരങ്ങളും പണ്ണിക്കായി ലഭ്യമായ മറ്റ് വിവരങ്ങളും, ഒരു പേയ്മെന്റ് പ്ലാൻ നടപ്പാക്കാനും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ സാമ്പത്തിക സഹായത്തിനുള്ള ഒരു അപേക്ഷയ്ക്ക് തുടക്കമിടാനും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വിവിധ പദ്ധതികൾ, പരിരക്ഷ അല്ലെങ്കിൽ സഹായം എന്നിവയ്ക്കുള്ള യോഗ്യത നിർണ്ണയിക്കാനും Memorial Hermann-ന് ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്.
- ഞാൻ നടത്തിയിട്ടുള്ള പ്രസ്താവനകൾ പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കുന്നതിന്, മറ്റേതെങ്കിലും ഉറവിടങ്ങളിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ കരസ്ഥമാക്കുന്നതിന് ഞാൻ Memorial Hermann-ന് സമ്മതം നൽകുന്നു.
- നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ അപൂർണ്ണമാണെങ്കിലോ സാമ്പത്തിക സഹായത്തിന് നിങ്ങൾക്ക് അർഹതയുണ്ടോ എന്ന് നിർണ്ണയിക്കുന്നതിന് പര്യാപ്തമല്ലെങ്കിലോ നിങ്ങൾ അർഹതാ യോഗ്യതകൾ പാലിക്കുന്നില്ലെങ്കിലോ, Memorial Hermann-ൽ നിന്ന് നിങ്ങൾക്ക് രേഖാമൂലമായ അറിയിപ്പ് ലഭിക്കുന്നതാണ്. നിങ്ങൾക്ക് സാമ്പത്തിക സഹായത്തിന് അർഹത ഉണ്ടെങ്കിലും നിങ്ങളെ അക്കാര്യം രേഖാമൂലം അറിയിക്കുന്നതാണ്.
- സാമ്പത്തിക സഹായത്തിന് അപേക്ഷിക്കുന്ന രോഗികൾക്ക്, തദ്ദേശ, സ്റ്റേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഫെഡറൽ പദ്ധതികളിൽ നിന്നുള്ള ധനസഹായങ്ങൾക്ക് യോഗ്യതയുണ്ടായേക്കാം. സാമ്പത്തിക സഹായത്തിനുള്ള അർഹതയുടെ നിർണ്ണയത്തിന് മുമ്പായി, അത്തരം പദ്ധതികൾക്കായി രോഗികൾ അപേക്ഷിക്കുമെന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കപ്പെടുന്നു. രോഗികൾക്ക് അത്തരം പദ്ധതികൾക്കായി അപേക്ഷിക്കുന്നതിന് Memorial Hermann സഹായം നൽകുന്നതാണ്. അത്തരം പദ്ധതികൾക്കായി അപേക്ഷിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടുമ്പോൾ, രോഗിയുടെ സാമ്പത്തിക സഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷയെ പരിഗണിക്കുന്നതിനെ പ്രതികൂലമായി ബാധിച്ചേക്കാം.
- മെഡിക്കെയ്ഡ്, ക്രൈം വിക്റ്റിംസ്, ഹെൽത്ത് എക്സ്ചേഞ്ച് ഇൻഷുറൻസ് എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള സാധ്യമായ എല്ലാ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കും മറ്റെന്തെങ്കിലും തദ്ദേശ, സ്റ്റേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഫെഡറൽ പരിരക്ഷയ്ക്കും ഞാൻ അപേക്ഷിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന വസ്തുത ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.
- എനിക്ക് സാമ്പത്തിക സഹായത്തിന് അർഹതയില്ലെങ്കിൽ, പരിചരണത്തിന്റെ ചെലവുകൾക്ക് ഞാനായിരിക്കും ഉത്തരവാദി എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

രോഗിയുടെ/ഗൃഹഭരണരുടെ ഒപ്പ്

ഈ ആപ്ലിക്കേഷൻ പൂർത്തിയാക്കിയ ശേഷം, പിന്തുണയ്ക്കുന്ന എല്ലാ രേഖകളും ഉൾപ്പെടെ, ചുവടെയുള്ള വിലാസത്തിലേക്ക് തപാൽ, ഫാക്സ് അല്ലെങ്കിൽ ഇമെയിൽ മുഖാന്തിരം അറിയിക്കുക

തീയതി

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024
A-tention: PBS Financial Assistance
Fax: 713-338-4261
E-Mail: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

