

वित्तीय जानकारी फॉर्म / वित्तीय सहायता आवेदनपत्र

इस फॉर्म को पूरा करने में सहायता के लिए या यदि आपके कोई प्रश्न हैं तो कृपया 713.338.5502 या 800.526.2121 पर कॉल करें -- 5 दबाएं

रोगी का नाम:	फोन:
रोगी का स्ट्रीट पता:	शहर, राज्य, पिन कोड:
खाता की संख्या(एं):	सेवा की तिथि(यां):

अनुदेश: सभी प्रश्नों का उत्तर देना अनिवार्य है। यदि कोई प्रश्न संबंधित नहीं है, तो लाइन पर लागू नहीं लिखें।

चित्र के साथ पहचान के एक प्रमाण की फोटोकॉपी लगाएं (उदाहरण के लिए: राज्य द्वारा जारी ड्राइवर लाइसेंस या पासपोर्ट, आदि) *

सबसे नवीनतम आयकर रिटर्न की एक फोटोकॉपी लगाएं या

आय के निम्नलिखित प्रमाणों में से किसी एक की फोटोकॉपी लगाएं:

<input type="checkbox"/> अंतिम 2 पेचेक वेतनांश	<input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा चेक या एवार्ड पत्र
<input type="checkbox"/> बेरोज़गारी लाभ की पुष्टि स्लिप	<input type="checkbox"/> नियोक्ता से प्राप्त पत्र जिसमें कर्मचारी का नाम, पेशा, घंटावार मजदूरी, काम किए गए घंटों की संख्या दी गई हो

* यदि फोटो पहचान पत्र उपलब्ध नहीं हैं तो पहचान को दर्शाने वाले अन्य दस्तावेजों का प्रयोग किया जा सकता है। सहायता के लिए ऊपर दिए गए फोन नंबर पर संपर्क करें।

*** सहायक दस्तावेजों के बिना इसे एक पूर्ण आवेदन नहीं माना जाता है। ***

स्थिति:	<input type="checkbox"/> स्थायी टेक्सस निवासी	<input type="checkbox"/> कानूनी निवासी	<input type="checkbox"/> आप्रवासी वीज़ा	<input type="checkbox"/> गैर-अप्रवासी वीज़ा
वैवाहिक स्थिति (एक को चेक करें):	<input type="checkbox"/> विवाहित	<input type="checkbox"/> अकेला	<input type="checkbox"/> तलाकशुदा	
	<input type="checkbox"/> विधवा/विधुर	<input type="checkbox"/> अन्य		

परिवार में 18 साल से कम के बच्चे और अन्य आश्रित (यदि आवश्यकता हो तो दूसरे पृष्ठ पर जारी करें)					
पूरा नाम	जन्म तिथि	आश्रितों का रिश्ता (एक को चेक करें)			
		बच्चा	सौतेला-बच्चा	अभिभावक	वयस्क/वरिष्ठ

रोजगार सारांश	
रोगी	पति/पत्नी
नियोक्ता	नियोक्ता
व्यवसाय	व्यवसाय
रोजगार की स्थिति (एक को चेक करें)	रोजगार की स्थिति (एक को चेक करें)
<input type="checkbox"/> पूर्णकालिक <input type="checkbox"/> अंशकालिक <input type="checkbox"/> बेरोज़गार <input type="checkbox"/> गृहिणी <input type="checkbox"/> काम पर वापस जाने में असमर्थ	<input type="checkbox"/> पूर्णकालिक <input type="checkbox"/> अंशकालिक <input type="checkbox"/> बेरोज़गार <input type="checkbox"/> गृहिणी <input type="checkbox"/> काम पर वापस जाने में असमर्थ

प्रति माह पारिवारिक आय		प्रति माह पारिवारिक खर्च (FAA के लिए लागू नहीं)	
रोगी	\$ _____ /माह	आवास:	खुद का/ऋण पर _____ किराया
पति/पत्नी	\$ _____ /माह	मकान का भुगतान	\$ _____ /माह
निर्वाह-व्यय	\$ _____ /माह	उपयोगिताएं (बिजली, पानी)	\$ _____ /माह
बेरोज़गारी	\$ _____ /माह	कार # 1	\$ _____ /माह
बाल पोषण	\$ _____ /माह	कार # 2	\$ _____ /माह
उत्तरजीवी लाभ	\$ _____ /माह	गैसोलिन	\$ _____ /माह
कर्मि मुआवज़ा	\$ _____ /माह	बीमा	\$ _____ /माह
ट्रस्ट फंड	\$ _____ /माह	टीवी / केबल / फोन	\$ _____ /माह
अन्य	\$ _____ /माह	भोजन	\$ _____ /माह
कुल आय	\$ _____ /माह	कुल खर्च	\$ _____ /माह

बैंक खाते/अन्य संपत्तियां (सभी 3 प्रश्नों का उत्तर देना अनिवार्य है): (FAA के लिए लागू नहीं)

चेकिंग खाता? (एक पर गोला बनाएं)	हाँ	नहीं	वर्तमान शेष राशि	\$ _____
बचत खाता? (एक पर गोला बनाएं)	हाँ	नहीं	वर्तमान शेष राशि	\$ _____
अतिरिक्त संपत्ति? (एक पर गोला बनाएं)	हाँ	नहीं	वर्तमान मूल्य	\$ _____

यदि हां, तो कृपया वर्णन करें: _____



रोगी का नाम:

- मैं झूठी गवाही के दंड के तहत अनुप्रमाणित करता हूँ कि मैंने जो उत्तर दिए हैं वे मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही हैं।
- मैंने जो जानकारी उपलब्ध करायी है वह पारिवारिक आय और खर्चों को दर्शाती है।
- क्रेडिट रिपोर्ट और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध अन्य सूचना के साथ-साथ इस सूचना को मेमोरियल हर्मन द्वारा किसी भुगतान योजना को स्थापित करने और/या वित्तीय सहायता के लिए किसी आवेदनपत्र को आरंभ करने और/या विभिन्न कार्यक्रमों, कवरेज या सहायता के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए प्रयोग किया जा सकता है।
- मैंने जो कथन दिए हैं उनके सत्यापन के लिए मैं मेमोरियल हर्मन को किसी भी स्रोत से सूचना प्राप्त करने की सहमति देता हूँ।
- यदि उपलब्ध करायी गई सूचना वित्तीय सहायता के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने के लिए अपूर्ण या नाकाफी है या यदि आप पात्रता अर्हताओं को पूरा नहीं करते हैं तो आपको मेमोरियल हर्मन से लिखित सूचना प्राप्त होगी। यदि आप वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं तो भी आपको लिखित रूप में सूचित किया जाएगा।
- जो रोगी वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करते हैं वे स्थानीय, राज्य या संघीय कार्यक्रमों से निधि के लिए पात्र हो सकते हैं। रोगियों से आशा की जाती है कि वे वित्तीय सहायता के लिए पात्रता के निर्धारण से पहले ऐसे कार्यक्रमों के लिए आवेदन करें। मेमोरियल हर्मन ऐसे कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने में लोगों को सहायता उपलब्ध कराएगा। ऐसे कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने में असफल रहना रोगी के वित्तीय सहायता आवेदनपत्र पर विचार करने को प्रतिकूल रूप से प्रभावित कर सकता है।
- मैं इस तथ्य को प्रमाणित करता हूँ कि मैंने सभी संभावित बीमा कवरेज के लिए आवेदन कर दिया है, जिसमें मेडिकेड, क्राइम विक्टिम्स, हेल्थ एक्सचेंज इन्श्योरेंस और कोई अन्य स्थानीय, राज्य या संघीय कवरेज शामिल हैं।
- मैं समझता हूँ कि यदि मैं वित्तीय सहायता के लिए योग्यता प्राप्त नहीं करता हूँ तो मैं देखभाल की लागत के लिए जिम्मेदार हूँगा।

रोगी/गारंटीकर्ता के हस्ताक्षर

तिथि

इस आवेदन को पूरा करने के बाद, कृपया इसे और सभी सहायक दस्तावेजों को मेल, फ़ैक्स या ईमेल करें:

Patient Business Services

909 Frostwood Dr., Suite 3:100

Houston, Texas 77024

ध्यान दें: PBS Financial Assistance

फ़ैक्स: 713-338-4261

ईमेल: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

केवल कार्यालय के उपयोग के लिए

वित्तीय सहायता सुविधा सीईओ/सीएफओ द्वारा स्वीकृत

इनके द्वारा अनुमोदित:

नाम / हस्ताक्षर

टाइटल

तिथि

पीछे की ओर देखें

पीछे की ओर देखें

MEMORIAL
HERMANN