



चैरिटी केयर/वित्तीय सहायता आवेदन पत्र - गोपनीय कृपया सभी जानकारी पूरी तरह भरें।
यदि कोई जानकारी लागू नहीं होती है, तो "NA" लिखें। यदिyo आवश्यक हो तो अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

स्क्रीनिंग संबंधी जानकारी

क्या आपको दुभाषिए की आवश्यकता है? ☐ हाँ ☐ नहीं	यदि हाँ, तो अपनी पसंदीदा भाषा बताएँ :
क्या रोगी ने Medicaid के लिए आवेदन किया है? ☐ हाँ ☐ नहीं	
क्या रोगी को TANF, बेसिक फूड (खाद्य सहायता कार्यक्रम) या WIC जैसी राज्य की सार्वजनिक सेवाएँ मिलती हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं	
क्या रोगी इस समय बेघर है? ☐ हाँ ☐ नहीं	
क्या रोगी की चिकित्सा देखभाल की आवश्यकता किसी कार दुर्घटना या कार्यस्थल पर लगी चोट से संबंधित है? ☐ हाँ ☐ नहीं	

कृपया ध्यान दें

- आवेदन करने के बाद भी, हम इस बात की गारंटी नहीं दे सकते कि आप वित्तीय सहायता के लिए पात्र होंगे।
- आवेदन जमा करने के बाद, हम उसमें दी गई सभी जानकारी की जाँच कर सकते हैं और यदि कोई जानकारी अधूरी होगी, तो आपसे उसे उपलब्ध कराने के लिए कह सकते हैं।
- इस आवेदन का उपयोग चैरिटी केयर (मुफ्त देखभाल) और रियायती देखभाल दोनों के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए किया जाता है। यदि आप केवल रियायती देखभाल के लिए आवेदन करते हैं, तो आपको चैरिटी केयर के तहत उपलब्ध हो सकने वाली वित्तीय सहायता की तुलना में कम वित्तीय सहायता मिल सकती है।

रोगी और आवेदक की जानकारी

रोगी का पहला नाम	रोगी का मध्य नाम		रोगी का अंतिम नाम
☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य (निर्दिष्ट कर सकते हैं) _____	जन्म तिथि	☐ अविवाहित ☐ विवाहित ☐ तलाकशुदा ☐ कानूनी रूप से अलग ☐ विधवा ☐ विधुर	रोगी का सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक)
अस्पताल का नाम:	सेवा की तारीख	विज़िट नंबर	पसंदीदा संपर्क विधि: ☐ ईमेल ☐ फ़ोन ☐ मेल
बिल का भुगतान करने वाला व्यक्ति	रोगी से संबंध	जन्म तिथि	सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक)
डाक पता _____ _____ शहर राज्य ज़िप कोड	मुख्य संपर्क नंबर () _____ () _____ ईमेल पता: _____		
बिल का भुगतान करने वाले व्यक्ति की रोजगार स्थिति ☐ कार्यरत (नियुक्ति की तारीख: _____)			

☐ बेबरोज़गार (कितने समय से बेरोज़गार हैं: _____)

☐ स्वनियोजित ☐ छात्र ☐ विकलांग ☐ सेवानिवृत्त ☐ अन्य (यदि अन्य है, तो कृपया विवरण दें):

परिवार संबंधी जानकारी

अपने परिवार के सदस्यों की सूची दें, जिसमें आप स्वयं भी शामिल हैं।

कैलिफोर्निया और हवाई के रोगियों के लिए: परिवार को इस प्रकार परिभाषित किया गया है: (i) 18 वर्ष या उससे अधिक आयु के व्यक्तियों के लिए, पति/पत्नी, घरेलू साथी, 21 वर्ष से कम आयु के आश्रित बच्चे, या किसी भी आयु के दिव्यांग आश्रित बच्चे, चाहे वे घर में रहते हों या नहीं, और (ii) 18 वर्ष से कम आयु के व्यक्तियों या 18 से 20 वर्ष की आयु के आश्रित बच्चे के लिए, माता-पिता, देखभाल करने वाले रिश्तेदार, तथा माता-पिता या देखभाल करने वाले रिश्तेदार के अन्य बच्चे जो 21 वर्ष से कम आयु के हों, या किसी भी आयु के दिव्यांग हों।

ओरेगन के रोगियों के लिए: परिवार का अर्थ है:

(क) एक अकेला व्यक्ति; या (ख) पति/पत्नी, घरेलू साथी, या 18 वर्ष से कम आयु का बच्चा और माता-पिता, जो एक साथ रहते हों; और ऐसे अन्य व्यक्ति, जिनके लिए कोई अकेला व्यक्ति, पति/पत्नी, घरेलू साथी या माता-पिता आर्थिक रूप से जिम्मेदार हों।

परिवार/घर के सदस्यों की संख्या _____

नाम	जन्म की तारीख	रोगी से संबंध	यदि आयु 18 वर्ष या उससे अधिक है: नियोक्ता का नाम या आय का स्रोत	यदि आयु 18 वर्ष या उससे अधिक है: कुल सकल मासिक आय (कर कटौती से पहले):	क्या आप वित्तीय सहायता के लिए भी आवेदन कर रहे हैं?
					हाँ/ नहीं
					हाँ/ नहीं
					हाँ/ नहीं

यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

परिवार के सभी वयस्क सदस्यों की आय की जानकारी देना अनिवार्य है। आय के स्रोतों में, उदाहरण के लिए, निम्नलिखित शामिल हैं:

- मज़दूरी - बेरोजगारी भत्ता - स्वरोज़गार से आय - श्रमिक क्षतिपूर्ति - दिव्यांगता लाभ - पूरक सामाजिक सुरक्षा आय (SSI)
- बाल सहायता/पति या पत्नी से मिलने वाला भरण-पोषण - वर्क-स्टडी कार्यक्रमों से आय (छात्रों के लिए) - पेंशन
- सेवानिवृत्ति खाते से प्राप्त राशि - अन्य (कृपया स्पष्ट करें)

आय की जानकारी

याद रखें: आपको अपने आवेदन के साथ आय का प्रमाण शामिल करना होगा।

आपको अपने परिवार की आय के बारे में जानकारी देनी होगी। वित्तीय सहायता निर्धारित करने के लिए आय का सत्यापन आवश्यक है।

18 वर्ष या उससे अधिक आयु वाले परिवार के सभी सदस्यों को अपनी आय की जानकारी देनी होगी। यदि आप दस्तावेज़ उपलब्ध नहीं करा सकते हैं, तो आप अपनी आय का विवरण देते हुए एक लिखित और हस्ताक्षरित बयान जमा कर सकते हैं।

वित्तीय सहायता के लिए पात्रता निर्धारित करने के उद्देश्य से, आय के दस्तावेज़ निम्नलिखित तक सीमित होंगे:

- रोगी को पहली बार बिल जारी किए जाने से पहले या बाद के 6 महीनों के भीतर (या यदि आवेदन सेवा प्राप्त करने से पहले जमा किया गया हो) परिवार के हालिया भुगतान स्टब्स या

- रोगी और उसके पति/पत्नी या घरेलू साथी का संघीय आयकर रिटर्न (फॉर्म 1040) की प्रति - उस वर्ष की जब रोगी को पहली बार बिल जारी किया गया था, या रोगी को पहली बार बिल जारी किए जाने से 12 महीने पहले की।

यदि आप चाहें, तो आप आय के प्रमाण के अन्य दस्तावेज़ भी जमा कर सकते हैं, लेकिन Adventist Health द्वारा आय के किसी अतिरिक्त प्रमाण की आवश्यकता नहीं है। उदाहरण के लिए, यदि आपके पास आय का कोई प्रमाण नहीं है या कोई आय नहीं है, तो आप स्पष्टीकरण के साथ एक अतिरिक्त पेज संलग्न कर सकते हैं।

तृतीय पक्ष द्वारा भुगतान की जिम्मेदारी

क्या आपकी सेवाओं के भुगतान के लिए कोई तृतीय पक्ष जिम्मेदार है? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया उस तृतीय पक्ष का नाम बताएं: _____

खर्च संबंधी जानकारी (वैकल्पिक)

हम इस जानकारी का उपयोग आपकी वित्तीय स्थिति को बेहतर ढंग से समझने के लिए करते हैं।

मासिक घरेलू खर्च:

किराया/बंधक ऋण भुगतान (मॉर्गेज) \$ _____ चिकित्सा खर्च \$ _____
 बीमा प्रीमियम \$ _____ उपयोगिता बिल \$ _____
 अन्य ऋण/खर्च \$ _____ (बाल सहायता, लोन, दवाइयाँ, अन्य)

अतिरिक्त जानकारी (वैकल्पिक)

यदि आपकी वर्तमान वित्तीय स्थिति से संबंधित कोई अन्य जानकारी है, जिसे आप हमें बताना चाहते हैं, जैसे वित्तीय कठिनाई, अत्यधिक चिकित्सा खर्च, मौसमी या अस्थायी आय, या व्यक्तिगत नुकसान, तो कृपया एक अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

रोगी सहमति

मैं समझता/समझती हूँ कि Adventist Health वित्तीय सहायता या भुगतान योजनाओं के लिए पात्रता निर्धारित करने में सहायता हेतु क्रेडिट जानकारी की समीक्षा करके और अन्य स्रोतों से जानकारी प्राप्त करके दी गई जानकारी का सत्यापन कर सकता है।

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मेरे द्वारा दी गई वित्तीय जानकारी गलत पाई जाती है, तो इसके परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता से इनकार किया जा सकता है और प्रदान की गई सेवाओं का भुगतान करने के लिए मैं स्वयं जिम्मेदार हो सकता/सकती हूँ।

आवेदन करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

तारीख

सबमिट करने का तरीका

सवालियों के लिए, कृपया (844-827-5047) पर कॉल करें

भरा हुआ फॉर्म डाक द्वारा इस पते पर भेजें:

Adventist Health,
Attn: Patient Access
726 4th Street, Marysville, CA 95901

या

भरा हुआ फॉर्म ईमेल द्वारा इस पते पर भेजें:

AHFinAsst@ah.org