

# वित्तीय सहायता आवेदन फॉर्म

## खण्ड एक: मरीज़ की जानकारी

अपना पूरा नाम, चिकित्सा सेवा प्राप्त करने के समय का अपना पता और इस अनुभाग में दी गई अन्य जानकारी प्रिंट करें।

खाता संख्या \_\_\_\_\_ सेवा की तारीखें \_\_\_\_\_

मरीज़ का नाम: \_\_\_\_\_  
अंतिम प्रथम मध्य आरंभ

पता: \_\_\_\_\_ संख्या और गली शहर: \_\_\_\_\_ काउंटी: \_\_\_\_\_

निवास का राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_ जन्मतिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ वैवाहिक स्थिति  एकल  विवाहित  तलाकशुदा

प्राथमिक फोन नंबर: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  घर  मोबाइल नंबर  काम  अन्य: \_\_\_\_\_

ईमेल पता: \_\_\_\_\_

सेवा की तारीख के समय स्वास्थ्य बीमा:  कोई बीमा नहीं  Medicare  Medicaid  अन्य \_\_\_\_\_

## खण्ड दो: पारिवारिक आय और संपत्ति

अपने, अपने जीवनसाथी और परिवार के अन्य सभी सदस्यों (यदि लागू हो) के लिए आय प्रदान करें।

आय का स्रोत	सेवा से पहले कुल 3 महीने के लिए	सेवा से पहले कुल 12 महीने के लिए
मजदूरी/स्वरोजगार	\$ _____	\$ _____
सामाजिक सुरक्षा	\$ _____	\$ _____
पेंशन, लाभांश, ब्याज, किराये की आय	\$ _____	\$ _____
बेरोज़गारी, श्रमिकों का मुआवज़ा	\$ _____	\$ _____
बाल सहायता (केवल यदि मरीज़ योग्य प्राप्तकर्ता है)	\$ _____	\$ _____
अन्य	\$ _____	\$ _____

कुल शुद्ध संपत्ति (संपत्ति - ऋण) आवेदन की तिथि के अनुसार: \$ \_\_\_\_\_

## खण्ड तीन: परिवार की जानकारी और आय

अपने परिवार के सभी सदस्यों और उनकी जन्मतिथि की सूची बनाएं।

कृपया अपने सगे परिवार के उन सभी लोगों, जो आपके घर में रहते हैं, के बारे में निम्नलिखित जानकारी दें। HCAP के उद्देश्यों के लिए, परिवार को मरीज़, मरीज़ के पति या पत्नी और मरीज़ के 18 वर्ष से कम उम्र के सभी बच्चों (प्राकृतिक या दत्तक), जो मरीज़ के घर में रहते हैं, के रूप में परिभाषित किया गया है। यदि मरीज़ की आयु 18 वर्ष से कम है, तो परिवार में मरीज़, मरीज़ के प्राकृतिक या दत्तक माता-पिता और मरीज़ के घर में रहने वाले 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चे (प्राकृतिक या दत्तक) शामिल होंगे।

मरीज़ सहित परिवार के सदस्यों का नाम	जन्मतिथि	मरीज़ से संबंध
1. मरीज़: _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन और किसी भी संलग्नक पर मैंने जो कुछ भी कहा है वह सत्य है।

जिम्मेदार पार्टी के हस्ताक्षर: x \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

नीचे अपने हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने इस आवेदन की समीक्षा कर ली है और इसे मंजूरी दे दी है।

अस्पताल के मुख्य कार्यकारी अधिकारी (CEO) के हस्ताक्षर: x \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_