

वित्तीय सहायता आवेदन फॉर्म

महत्वपूर्ण: आप मुफ्त या रियायती देखभाल प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं: इस आवेदन को पूरा करने से Alexian Brothers Health System (एलेक्सियन ब्रदर्स स्वास्थ्य प्रणाली), ट्रेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनियों को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि क्या आप मुफ्त या रियायती सेवाएं प्राप्त कर सकते हैं या अन्य सार्वजनिक कार्यक्रम जो आपकी स्वास्थ्य देखभाल के लिए भुगतान करने में मदद कर सकते हैं। कृपया कवर लेटर पर सूचीबद्ध पते पर यह आवेदन जमा करें।

अगर आपका बीमा नहीं है, तो मुफ्त या छूट प्राप्त देखभाल के लिए पात्र होने हेतु सामाजिक सुरक्षा संख्या की आवश्यकता नहीं होती। हालाँकि Medicaid सहित कुछ सार्वजनिक कार्यक्रमों के लिए सामाजिक सुरक्षा संख्या की आवश्यकता होती है। सामाजिक सुरक्षा संख्या प्रदान करना जरूरी नहीं है लेकिन इससे Alexian Brothers Health System, ट्रेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनियों को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि आप किसी सार्वजनिक कार्यक्रम के लिए पात्र हैं या नहीं। आवेदन में "वैकल्पिक" के रूप में चिह्नित किसी भी प्रश्न के जवाब से (या जवाब ना देने से) आवेदन के नतीजे पर कोई भी असर नहीं पड़ेगा।

मुफ्त या रियायती देखभाल के लिए आवेदन करने हेतु सेवा की तिथि के बाद जितनी जल्दी हो सके यह फॉर्म भरकर Alexian Brothers Health System, ट्रेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनियों के पास स्वयं, डाक से, इलेक्ट्रॉनिक मेल से, या फैंक्स से जमा करें। हम आपकी देखभाल के पहले बिलिंग स्टेटमेंट के बाद अधिकतम 240 दिनों तक आपका आवेदन स्वीकार करेंगे। यह आवेदन जमा करके, आप स्वीकार करते हैं कि यह निर्धारित करने हेतु कि रोगी यह वित्तीय सहायता पाने के लिए पात्र है या नहीं, Alexian Brothers Health System, ट्रेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनियों की सहायता के लिए, आपने आवेदन में मांगी गई सभी जानकारी प्रदान करने का इमानदारी से पूरा प्रयास किया है। यदि आवेदन प्रक्रिया के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं, तो आप प्रश्नों या चिंताओं के लिए Alexian Brothers Health System, ट्रेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनियों के वित्तीय परामर्श विभाग से, 833-272-7581 पर संपर्क कर सकते हैं।

गैर बीमाकृत मरीज़ हेतु छूट प्राप्त आवेदन प्रक्रिया या अस्पताल वित्तीय सहायता प्रक्रिया से संबंधित शिकायतों या चिंताओं को इलिनॉय अटॉर्नी जनरल के स्वास्थ्य देखभाल ब्यूरो (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) में रिपोर्ट किया जा सकता है। Health Care Bureau का टोल-फ्री हॉटलाइन नंबर 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) है।

मरीज़ जानकारी

(कृपया मुद्रित करें और सभी क्षेत्र भरे जाने चाहिए। आवेदन की किसी भी पृथक पंक्ति पर प्रयोज्य ना होने पर लागू नहीं लिखें)

दिनांक _____ खाता संख्या _____

नाम (प्रथम और अंतिम) _____

जन्म तिथि _____ वैवाहिक स्थिति _____ फोन नंबर _____

वैकल्पिक - लिंग पहचान - आप अपने आप को क्या मानते हैं: पुरुष महिला ट्रांसजेंडर पुरुष/ट्रांस पुरुष/महिला से पुरुष (FTM)

ट्रांसजेंडर महिला/ट्रांस महिला/पुरुष से महिला (MTF) समलैंगिक/ लिंग गैर अनुरूप विशिष्ट रूप से ना तो पुरुष और ना ही महिला अतिरिक्त लिंग वर्ग (या अन्य)

वैकल्पिक - लैंगिक पहचान: आपके जन्म प्रमाणपत्र में आरंभ में कौन-सा लिंग सूचीबद्ध था? : पुरुष महिला

वैकल्पिक - प्रजाति: श्वेत अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी अमेरिकी इंडियन या अलास्का मूल निवासी एशियाई भारतीय चीनी फिलिपिनो

जापानी कोरियाई वियतनामी अन्य एशियाई मूल हवाईयन गुआमानियन या चामोरो समोआई अन्य प्रशांत द्वीपवासी

वैकल्पिक - जातीयता: हिस्पैनिक, लैटिनो, या स्पैनिश मूल मैक्सिकन, मैक्सिकन अमेरिकी, चिकानो प्यूर्टो रिकानियाई

क्यूबाई अन्य हिस्पैनिक, लैटिनो या स्पेनिश मूल

वैकल्पिक- भाषा - क्या आप घर पर अंग्रेजी के अलावा कोई दूसरी भाषा बोलते हैं?: हाँ नहीं

हाँ होने पर कौन-सी भाषा?: _____

डाक पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

वैकल्पिक - सामाजिक सुरक्षा संख्या _____

नियोक्ता _____ रोज़गार की स्थिति _____

नियोक्ता का फ़ोन नंबर _____

उत्तरदायी पक्ष की जानकारी/ क़ानूनी अभिभावक की जानकारी

(यदि उपरोक्त मरीज़ और उत्तरदायी पक्ष एक ही हो, तो इस खंड को रिक्त छोड़ दें।)

नाम (प्रथम और अंतिम) _____

जन्मतिथि _____ वैवाहिक स्थिति _____ फ़ोन नंबर _____

डाक पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक) _____

नियोक्ता _____ रोज़गार स्थिति _____

उत्तरदायी पक्ष के जीवनसाथी की जानकारी

(यदि उपरोक्त मरीज़ और उत्तरदायी पक्ष एक ही हो, तो मरीज़ के जीवनसाथी की जानकारी भरें।)

नाम (प्रथम और अंतिम) _____

जन्मतिथि _____ वैवाहिक स्थिति _____ फ़ोन नंबर _____

डाक पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक) _____

नियोक्ता _____ रोज़गार की स्थिति _____

नियोक्ता का फ़ोन नंबर _____

उत्तरदायी पक्ष के आश्रित

(यदि उपरोक्त मरीज़ और उत्तरदायी पक्ष एक ही हो, तो मरीज़ के जीवनसाथी की जानकारी भरें।)

नाम _____ जन्मतिथि _____ जिम्मेदार पक्ष से संबंध _____

नाम _____ जन्मतिथि _____ जिम्मेदार पक्ष से संबंध _____

नाम _____ जन्मतिथि _____ जिम्मेदार पक्ष से संबंध _____

नाम _____ जन्म तिथि _____ जिम्मेदार पक्ष से संबंध _____

घर में रहने वाले वयस्कों और बच्चों की संख्या _____

मासिक आय

(नीचे सूचीबद्ध प्रत्येक वस्तु के लिए डॉलर में राशि भरें। प्रत्येक के लिए प्रतिमाह राशि बताएं।)

आवेदक की अर्जित आय _____ ब्याज/लाभांश आय _____

आवेदक के जीवन साथी की आय _____ बाल सहायता प्राप्त _____

सामाजिक सुरक्षा लाभ _____ गुजारा भत्ता प्राप्त _____

पेंशन/सेवानिवृत्ति आय _____ किराये पर दी गई संपत्ति से आय _____

विकलांगता आय _____ फ़ूड स्टैंप्स _____

बेरोजगारी मुआवजा _____ ट्रस्ट फंड वितरण प्राप्त _____

कर्मचारी मुआवजा _____ अन्य आय _____

कुल सकल मासिक आय _____

मासिक निर्वाह खर्च

जो रोगी Ascension Illinois की वित्तीय सहायता नीति में वर्णन के अनुसार वित्तीय सहायता के लिए आनुमानिक रूप से पात्र हैं, उन्हें इस अनुभाग को भरने की आवश्यकता नहीं है।

गिरवी/किराया _____
जनोपयोगी सेवाएं _____
फोन (लैंडलाइन) _____
सेल फोन _____
किराने का सामान/भोजन सामग्री _____
केबल/इंटरनेट/सैटेलाइट टीवी _____
कार का भुगतान _____
बच्चे की देखभाल _____

बाल सहायता/गुजारा भत्ता _____
क्रेडिट कार्ड _____
डॉक्टर/अस्पताल का बिल _____
कार/ऑटो बीमा _____
घर/संपत्ति बीमा _____
चिकित्सा/स्वास्थ्य बीमा _____
जीवन बीमा _____
अन्य मासिक व्यय _____
कुल मासिक व्यय _____

संपत्तियां

नकद/बचत/चेकिंग एकाउंट्स _____
स्टॉक/बॉन्ड्स /निवेश/जमा प्रमाणपत्र _____
अन्य अचल संपत्ति/द्वितीयक निवास _____
नाव/आरवी/मोटरसाइकिल/मनोरंजन वाहन _____
कलेक्टर ऑटोमोबाइल/गैर-आवश्यक ऑटोमोबाइल _____
स्वास्थ्य बचत/लचीला व्यय खाता वाहन _____

मैं Alexian Brothers Health System, ट्रेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनियों को बाहरी क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों से जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में प्रदत्त जानकारी मेरे सर्वश्रेष्ठ ज्ञान के अनुसार सत्य और सटीक है। मैं मेरे चिकित्सा बिलों के भुगतान में मदद के लिए ऐसी किसी भी राज्य, संघीय या स्थानीय सहायता के लिए आवेदन करूँगा जिसके लिए पात्र हो सकता हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि प्रदान की गई यह जानकारी Alexian Brothers Health System, ट्रेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनियों द्वारा सत्यापित की जा सकती है, और मैं Alexian Brothers Health System, ट्रेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनियों को इस आवेदन में दी गई जानकारी की सटीकता को सत्यापित करने के लिए तीसरे पक्ष से संपर्क करने हेतु अधिकृत करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं इस आवेदन में जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करता/करती हूँ, तो मुझे वित्तीय सहायता के लिए अपात्र ठहरा दिया जाएगा, मुझे दी गई किसी भी वित्तीय सहायता को वापिस ले लिया जाएगा, और बिल(बिलों) के भुगतान के लिए मैं स्वयं जिम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

आवेदक के हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

टिप्पणियाँ _____

समर्थन पत्र

मरीज़ की चिकित्सीय रिकॉर्ड संख्या/खाता संख्या _____

समर्थक का नाम _____

मरीज़/आवेदक से संबंध _____

समर्थक का पता _____

सेवा में Ascension Illinois:

इस पत्र के द्वारा सूचित किया जाता है कि (रोगी का नाम) _____ को आय नाममात्र या बिल्कुल नहीं प्राप्त होती है और मैं उसके निर्वाह खर्च में सहायता देता/देती हूँ। उसका/उनका मेरे प्रति लगभग ना के बराबर दायित्व है।

इस कथन पर हस्ताक्षर करके मैं स्वीकार करता हूँ कि प्रदत्त जानकारी मेरे सर्वश्रेष्ठ ज्ञान के अनुसार सत्य है।

समर्थक के हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

प्रिय रोगी/आवेदक,

Alexian Brothers Health System, ट्रेड नाम Ascension Illinois सहयोगी कंपनियों करुणा से प्रेरित है और सभी लोगों - विशेष रूप से सबसे जरूरतमंद लोगों को व्यक्तिगत देखभाल प्रदान करने के लिए समर्पित हैं। अपने रोगियों को वित्तीय सहायता प्रदान करना हमारा लक्ष्य और सौभाग्य है। वित्तीय सहायता केवल आपातकाल और अन्य चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए उपलब्ध है। अपनी और अपने परिवार की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों की देखभाल के लिए हम पर भरोसा करने के लिए धन्यवाद।

हम यह पत्र और संलग्न वित्तीय सहायता आवेदन भेज रहे हैं क्योंकि हमें इसके लिए आपका अनुरोध प्राप्त हुआ है। यदि आपने इसका निवेदन नहीं किया है, तो कृपया इसकी उपेक्षा करें। इसे लौटाने से पहले कृपया आपके हस्ताक्षर और तिथि सहित दोनों तरफ पूरी जानकारी भरें। यदि आपने पिछले छः माह के भीतर कोई आवेदन पूर्ण किया है और आपको वित्तीय सहायता प्राप्त हुई है, तो कृपया हमें इस बारे में सूचित करें। संभवतः आपको नया आवेदन ना भरना पड़े। हम छः माह से पुराने पहले के आवेदन पर विचार नहीं करेंगे।

आवेदन के साथ कृपया आपकी आय के प्रमाण के रूप में निम्न में से कम से कम किसी एक वस्तु की प्रति प्रदान करें। यदि आप विवाहित हैं या 6 माह या ज्यादा अवधि से किसी खास के साथ रहे हैं, तो उन्हें भी उनकी आय के प्रमाण के रूप में निम्न में से कम से कम किसी एक वस्तु की प्रति प्रदान करनी होगी।

- नियोक्ता से प्राप्त सबसे हाल ही की 3 पेसटबस की प्रतियाँ
- सबसे हाल ही के वार्षिक टैक्स रिटर्न की प्रतियाँ (स्व-नियोजित होने पर, सभी अनुसूचियां शामिल करें)
- सामाजिक सुरक्षा और/या पेंशन सेवानिवृत्ति पुरस्कार पत्र
- माता-पिता या अभिभावक के सबसे हाल ही का वार्षिक टैक्स रिटर्न, यदि आवेदक उनके कर पत्र में सूचीबद्ध आश्रित है और उसकी आयु 25 वर्ष से कम है
- अन्य आय सत्यापन दस्तावेज़
- पिछले 3 माह के बैंक स्टेटमेंट की प्रतियाँ
- बेरोजगारी लाभ प्राप्ति की प्रति

यदि आपको परिवार या मित्रों से सहायता प्राप्त होती है या आप उनके घर में रहते हैं, तो कृपया उन्हें "समर्थन पत्र" के लेबल वाला संलग्न पत्र भरने के लिए कहें। ऐसा करने से वे आपके चिकित्सीय बिलों के लिए उत्तरदायी नहीं बनेंगे। इससे यह बताने में मदद मिलेगी कि आप अपना निर्वाह खर्च कैसे उठा पाते हैं। यदि आपको परिवार या मित्रों से कोई सहायता नहीं मिलती है, तो आपको समर्थन पत्र भरने की आवश्यकता नहीं है।

अंत में, कृपया अपने बकाया मासिक चिकित्सा और फार्मसी/ औषधि लागत के प्रमाण के रूप में दस्तावेज भी प्रदान करें।

कृपया जान लें कि आवेदन पर विचार करने के लिए आय के प्रमाण के साथ पूरी तरह भरा गया आवेदन प्राप्त होना जरूरी है। हम अधूरे आवेदनों की प्रक्रिया नहीं कर सकते या उन पर विचार नहीं कर सकते।

कृपया ध्यान दें कि इन्टरनेट पर ईमेल द्वारा किए गए पत्राचार सुरक्षित नहीं होते। हालाँकि ऐसा होने की संभावना बहुत कम है परंतु हो सकता है कि ईमेल में आपके द्वारा दी गई जानकारी संबोधित व्यक्ति के अलावा अन्य पक्ष इंटरसेप्ट करके पढ़ लें।

हम आपकी निजी जानकारी की रक्षा करना चाहते हैं और सुनिश्चित करना चाहते हैं कि वह सुरक्षित बनी रहे। चूँकि आवेदन में आपका सामाजिक सुरक्षा नंबर और अन्य निजी जानकारी है, इसलिए हम आग्रह करते हैं कि आप उन्हें ईमेल से ना भेजें।

कृपया अपना भरा हुआ आवेदन प्रिंट करें और डाक से निम्न पते पर भेज दें:

Ascension Illinois PFS
सेवा में: Financial Assistance Department (वित्तीय सहायता विभाग)
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

यदि इस आवेदन के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं तो, कृपया हमारे किसी रोगी प्रतिनिधि को 833-272-7581 पर कॉल करें।

भवदीय,

मरीज़ वित्तीय सेवाएँ
Ascension Illinois