

वित्तीय सहायता आवेदन पत्र



महत्वपूर्ण: आप शायद मुफ्त में या छूट प्राप्त देखभाल प्राप्त कर सकते हैं: यह आवेदन पत्र भरने से AdventHealth को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि आप मुफ्त या छूट प्राप्त देखभाल या ऐसे कोई सार्वजनिक कार्यक्रम प्राप्त कर सकते हैं या नहीं जो आपकी स्वास्थ्य देखभाल के लिए भुगतान करने में सहायता 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 AdventHealth 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 देने (या जवाब ना देने) से आवेदन के नतीजे पर कोई भी असर नहीं पड़ेगा।

मुफ्त या छूट प्राप्त देखभाल के लिए आवेदन करने हेतु सेवा की तिथि के बाद जितने जल्दी हो सके यह पत्र भरकर AdventHealth में स्वयं, डाक से, इलेक्ट्रॉनिक मेल से, या फैक्स से जमा करें। हम आपकी देखभाल के पहले बिलिंग स्टेटमेंट के बाद अधिकतम 240 दिनों तक आपका आवेदन स्वीकार करेंगे। आवेदन जमा करके आप स्वीकार करते हैं कि आपने वित्तीय सहायता के लिए मरीज़ के पात्र होने या ना होने का निर्धारण करने में AdventHealth की सहायता के लिए आवेदन में मांगी गई सारी जानकारी सद्भावना से प्रदान करने का प्रयास किया है। आवेदन प्रक्रिया को लेकर आपके कोई प्रश्न होने पर आप AdventHealth के वित्तीय परामर्श विभाग से 844-652-0600 पर संपर्क करके प्रश्न या चिंताएँ व्यक्त 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। स्वास्थ्य देखभाल ब्यूरो की टोल फ्री हॉटलाइन 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) है।

मरीज़ की जानकारी

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

तिथि _____ खाता संख्या _____

नाम (प्रथम और अंतिम) _____

जन्मतिथि _____ वैवाहिक स्थिति _____ फ़ोन नंबर _____

वैकल्पिक- लैंगिक पहचान - आप स्वयं 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- प्रजाती: श्वेत अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी अमेरिकी इंडियन या अलास्का मूल एशियाई भारतीय चीनी फिलिपिनो जापानी कोरियाई वियतनामी

अन्य एशियाई मूल हवाईयन गुआमनियार्थ या कमोरो समोआनी अन्य पैसिफिक आइलैंडर

वैकल्पिक- जातीयता: हिस्पैनिक, लैटिनो, या स्पेनिश मूल मेक्सिकन, मेक्सिकन अमेरिकी, चिकानो प्यूर्टो रिकन

क्यूबन 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 _____ रोजगार 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 _____ रोजगार 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 _____ रोजगार 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 _____	उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____
नाम _____	जन्मतिथि _____	उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____
नाम _____	जन्मतिथि _____	उत्तरदायी पक्ष से संबंध _____
नाम _____	जन्मतिथि _____	उत्तरदायी 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 _____	आवेदक के _____	प्राप्त बाल सहायता _____	प्राप्त _____
जीवनसाथी की आय _____	सामाजिक _____	निर्वाह-व्यय _____	किराए _____
सुरक्षा लाभ _____	पेंशन/सेवा- _____	की संपत्ति से अर्जित आय _____	फूड _____
निवृत्ति आय _____	विकलांगता _____	स्टैम्स _____	प्राप्त ट्रस्ट _____
आय _____	बेरोजगारी _____	फंड वितरण _____	अन्य आय _____
मुआवजा _____	श्रमिक भत्ता _____	_____	कुल _____
_____	_____	सकल मासिक आय \$ _____	_____
ब्याज/लाभांश आय _____	_____	_____	_____

मासिक निर्वाह खर्च

AdventHealth की वित्तीय सहायता नीति में उल्लिखित किए अनुसार वित्तीय सहायता के लिए अनुमानित रूप से पात्र रोगियों को इस खंड को भरने की आवश्यकता नहीं है।

बंधक/किराया _____	_____	बाल सहायता/निर्वाह-व्यय _____	क्रेडिट _____
उपयोगिताएँ _____	फ़ोन _____	कार्ड्स _____	_____
(लैंडलाइन) _____	सेल फ़ोन _____	डॉक्टर/अस्पताल के बिल _____	_____
_____	_____	कार/ऑटो बीमा _____	_____
किराना/खाद्य पदार्थ _____	_____	गृह/संपत्ति बीमा _____	_____
केबल/इंटरनेट/सैटेलाइट टीवी _____	कार _____	मेडिकल/स्वास्थ्य बीमा _____	जीवन _____
भुगतान _____	बाल _____	बीमा _____	अन्य _____
देखभाल _____	_____	मासिक व्यय _____	कुल _____
_____	_____	मासिक व्यय \$ _____	_____

संपत्तियां

नकद/बचत/चेकिंग अकाउंट _____
स्टॉक्स/बांड्स/निवेश/CD _____
अन्य रियल एस्टेट/द्वितीयक निवास _____
बोट/ RV/मोटरसाइकिल/ मनोरंजनात्मक वाहन _____
कलेक्टर ऑटोमोबाइल्स/गैर-अनिवार्य ऑटोमोबाइल्स _____
स्वास्थ्य बचत/फ्लेक्सिबल स्पेंडिंग अकाउंट वाहन _____

मैं ADVENTHEALTH को बाह्य क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों से जानकारी प्राप्त करने का अधिकार देता 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 हूँ कि ADVENTHEALTH इस प्रदत्त जानकारी की पुष्टि करा सकता है, और मैं ADVENTHEALTH को इस आवेदन में प्रदत्त जानकारी की सटीकता की पुष्टि के लिए तृतीय पक्षों से संपर्क करने का अधिकार देता हूँ। मैं समझता हूँ कि यदि मैं इस आवेदन में जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करता हूँ, तो मुझे वित्तीय सहायता के लिए अपात्र ठहराया जाएगा, मुझे दी गई किसी भी वित्तीय सहायता को वापस ले लिया जाएगा, और बिल(बिलों) के भुगतान के लिए मैं स्वयं जवाबदार रहूँगा।

आवेदक के हस्ताक्षर _____

तिथि _____

टिप्पणियाँ _____



समर्थन पत्र

मरीज़ की चिकित्सीय रिकॉर्ड संख्या/खाता संख्या _____

समर्थक का नाम _____

मरीज़/आवेदक से संबंध _____

समर्थक का पता _____

AdventHealth हेतु:

यह पत्र यह सूचित करने के लिए है कि (मरीज़ का नाम) _____ को कोई आय नहीं मिलती है या बिल्कुल ना के बराबर आय मिलती है और मैं उसके निर्वाह खर्च में सहायता कर रहा 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 _____

तिथि _____



प्रिय मरीज़/आवेदक,

AdventHealth संवेदना द्वारा संचालित है और सभी को- खासतौर पर सबसे ज्यादा जरूरतमंद व्यक्तियों को निजीकृत देखभाल प्रदान करने के प्रति समर्पित है। यह हमारा लक्ष्य और सौभाग्य है कि हम हमारे मरीज़ों के लिए वित्तीय सहायता पेश करें। वित्तीय सहायता केवल आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए उपलब्ध है। आपकी और आपके परिवार की सभी स्वास्थ्य-देखभाल आवश्यकताओं के लिए हम पर विश्वास हेतु आपका धन्यवाद।

हम यह पत्र और संलग्न वित्तीय सहायता आवेदन भेज रहे हैं क्योंकि हमें आपका निवेदन 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 का सबसे हाल ही का वार्षिक टैक्स रिटर्न, यदि आवेदक उनके कर पत्र में सूचीबद्ध आश्रित है और उसकी आय 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 इंटरनेट 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 इंटरसेट 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 करने निम्न पते पर डाक से भेजें:

AdventHealth PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

इस आवेदन के बारे में आपके कोई प्रश्न होने पर, कृपया हमारे किसी रोगी प्रतिनिधि को 888-693-2252 पर कॉल करें।

भवदीय,

मरीज़ वित्तीय सेवाएँ
AdventHealth