

तारीख: _____

खाता(ते): _____

प्रयि रोगी: _____

एनलो हेल्थ, रोगियों को स्वास्थ्य बीमा के बिना और उच्च चिकित्सा लागत वाले बीमति रोगियों को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए प्रतबिद्ध है। हालांकि, हम समझते हैं कि स्वास्थ्य सेवाएं चिकित्सा पर बहुत अधिक खर्च के साथ बीमाकृत रोगियों और उनके परिवारों पर भारी बोझ नहीं बननी चाहिए।

आपने बताया है कि एनलो हेल्थ में हाल ही में प्राप्त सेवाओं के लिए आप आर्थिक रूप से भुगतान करने में सक्षम नहीं हैं। वित्तीय सहायता सीमति है और यह निर्धारित करने के लिए कि कौन इसके योग्य है, हमें अपनी नीतिके अनुसार संघीय आय दशानिर्देशों की तुलना में आपकी आय का मूल्यांकन करना होगा। यदि आपके पास स्वास्थ्य बीमा है, तो हम अतिरिक्त मानदंड लागू करते हैं जो यह निर्धारित करते हैं कि क्या आप ज्यादा चिकित्सा खर्च के कारण पूर्ण या आंशिक वित्तीय सहायता पाने के हकदार हैं। हमारा मूल्यांकन पूरा करने के लिए, हम चाहते हैं कि आप संलग्न आवेदन जमा करें और उसे नमिनलखिति चीजों के साथ वापस भेजें।

आवश्यक दस्तावेज़:

1. गोपनीय वित्तीय विवरण (संलग्न) को दोनों ओर से पूरा करें
2. मेडी-कैल प्रोग्राम से किसी भी अस्वीकृत पत्र/बयान की एक प्रतिसामलि करें (यदि लागू हो)
3. अपने पछिले बैंक स्टेटमेंट, चेकगि और बचत के सभी पेजों की सामलि करें।
4. यदि आपके पास अपने प्राथमिक निवास के अलावा मनी मार्कटि एकाउंट्स, स्टॉक या आय संपत्तियां हैं तो हमें हरेक अकाउंट का विवरण देखना होगा।
कृपया ध्यान दें: जब हम आय की गणना करते हैं तो क्वालफाइड रटायरमेंट प्लान को सामलि नहीं किया जाता है।
5. यदि आप नौकरीपेशा हैं, तो कृपया हरेक परिवार के सदस्य के अंतमि दो वेतन पर्चियों की प्रतिलिपिसंलग्न करें।
6. यदि नौकरी अस्थायी है, तो कृपया वेतन पर्ची के बजाय पछिले वर्ष के टैक्स रटिर्न की प्रतिसंलग्न करें।
7. यदि आप वर्तमान में बेरोज़गार हैं, तो कृपया बेरोज़गारी बीमा, राज्य किलिंगता या सामाजिक सुरक्षा का प्रमाण प्रस्तुत करें।
8. यदि आपका बीमा उच्च चिकित्सा लागत के लिए है, तो कृपया एनलो हेल्थ के अलावा अन्य चिकित्सा प्रदाताओं के लिए रोगी देयता का प्रमाण प्रदान करें (यदि लागू हो)।
9. कृपया एक पत्र सामलि करें जिसमें आपकी वित्तीय स्थिति स्पष्ट हो तथा यह भी बताया गया हो कि आप अपना बलि भुगतान करने में असमर्थ क्यों हैं।
आपका व्यक्तिगत पत्र हमें आपकी स्थिति को समझने में मदद करता है और यह भी कि आपको वित्तीय सहायता की आवश्यकता क्यों है।

ध्यान दें: यदि आप मांगी गई कोई भी जानकारी देने में असमर्थ हैं, तो कृपया लैटर ऑफ़ हार्डशपि में इसका कारण बताएं। यदि आपके इस बारे में कोई प्रश्न हों कि क्या ज़रूरी है, तो कृपया अपने ग्राहक सेवा प्रतनिधि से संपर्क करें।

सभी दस्तावेज़ इस पत्र की तथिसे दो सप्ताह के भीतर मलि जाने चाहिए। ऐसा न होने पर आपका आवेदन रद्द हो सकता है। हम पूरा किया गया आवेदन मलिन के 60 दिनों के भीतर उसका निपटान करेंगे तथा आपको अपने निर्णय से अवगत कराएंगे।

सादर,

रोगी वित्तीय सेवाएँ
financialcounselors@enloe.org
530-332-6350

सामुदायिक सेवा और छूट नीति (पेज 2 का 1)
गोपनीय वित्तीय वविरण और वित्तीय सहायता आवेदन



रोगी का नाम _____

खाता संख्या(एं) _____ सेवा(ओं) की तथि _____

जम्मेदार पक्ष*

जीवनसाथी या साथ रहने वाला व्यक्ति

नाम _____

नाम _____

पता _____

पता _____

फोन _____

फोन _____

एसएसएन _____

एसएसएन _____

रोज़गारदाता का नाम _____

रोज़गार का नाम _____

रोज़गारदाता का पता _____

रोज़गारदाता का पता _____

रोज़गारदाता का फोन _____

रोज़गारदाता का फोन _____

वैवाहिक स्थिति (किसी एक पर गोला खींचें):
वैवाहिक अववैवाहिक तलाकशुदा वधवा
अववैवाहिक पार्टनर-संग

परिवार की जानकारी:

कृपया आपके साथ रहने वाले सभी व्यक्तियों तथा 21 वर्ष या इससे कम आयु के बच्चों की सूची बनाएं, चाहे वे आपके साथ रहते हों या नहीं।

नाम:

आयु:

आपसे संबंध:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

कृपया दूसरी साइड भरें।

सामुदायिक सेवा और छूट नीति (पेज 2 का 2)

मासिक घरेलू आय

मज़दूरी से सकल मासिक आय: \$ _____ करिआ से आय: \$ _____
सार्वजनिक सहायता/फ़ूड स्टैम्पस: \$ _____ अनुदान: \$ _____
सामाजिक सुरक्षा: \$ _____ कर्मचारी पारिश्रमिक: \$ _____
बेरोज़गारी भत्ता: \$ _____ अन्य: \$ _____
बाल सहायता / गुज़ारा भत्ता: \$ _____

कुल आय: \$ _____

धन से संबंधित परिसंपत्तियाँ

बचत या मनी मार्कटि: \$ _____ स्टॉक का मूल्य: \$ _____
लाभांश: \$ _____ ब्याज भुगतान: \$ _____
प्राथमिक नविस के अलावा अन्य संपत्ति: \$ _____ आईआरए: \$ _____
अन्य: \$ _____

कुल संपत्ति: \$ _____

खर्च

घर/करिआ का मासिक भुगतान: \$ _____ चकितिसा/दंत चकितिसा: \$ _____
चकितिसा बीमा. प्रीमियम: \$ _____ परविहन: \$ _____
उपयोगिताएँ/घर का फोन: \$ _____ बच्चों की देखभाल/ट्यूशन: \$ _____
भोजन/घर/व्यक्तिगत आवश्यकताएं: \$ _____ अन्य: \$ _____
बच्चों के लिए सहायता/गुज़ारा भत्ता: \$ _____

कुल खर्च: \$ _____

इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, मैं एनलो हेल्थ को क्रेडिट रिपोर्ट, आय और धन आदि परिसंपत्तियों सहित किसी भी और सभी जानकारी को सत्यापित करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि मुझसे अनुरोधित जानकारी का प्रमाण प्रस्तुत करने की आवश्यकता हो सकती है। इसके अतिरिक्त, मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि इस आवेदन में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं पूर्ण हैं। यदि यह पाया जाता है कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी अधूरी या गलत है, तो मेरे बलि पर दी गई छूट वापस ली जा सकती है, तथा मुझसे पूर्ण भुगतान की अपेक्षा की जा सकती है।

यदि मुझे किसी बीमा कंपनी, श्रमिक कृतपि्रतिया किसी तीसरे पक्ष से भुगतान प्राप्त होता है, तो मैं ऐसे भुगतान के बारे में एनलो हेल्थ को सूचित करने के लिए सहमत हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि यदि कोई तीसरा पक्ष एनलो हेल्थ की सेवाओं के लिए पूर्ण या आंशिक भुगतान करता है तो अस्पताल को मूल, पूर्ण बलि वसूलने का अधिकार है।

रोगी या कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर

तारीख

पति या पत्नी या साथ रहने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

तारीख

*यदि रोगी नाबालग है तो यह दस्तावेज़ रोगी के कानूनी अभिभावकों द्वारा पूरा किया जाना है।

** ऐसे निःशुल्क उपभोक्ता वकालत संगठन उपलब्ध हैं जो आपको बलिगि और भुगतान प्रक्रिया को समझने में मदद करेंगे। अधिक जानकारी के लिए आप हेल्थ कंज्यूमर अलायंस को 888-804-3536 पर कॉल कर सकते हैं या www.healthconsumer.org पर जा सकते हैं।