

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 नरिधारति करने के लिए ककौन इसके योग्य है, हमें अपनी नीतिके अनुसार संघीय आय दशानरिदेशों की तुलना में आपकी आय का मूल्यांकन करना होगा। यदि आपके पास स्वास्थ्य बीमा है, तो हम अतरिकित मानदंड लागू करते हैं जो यह नरिधारति करते हैं ककिया आप ज़्यादा चिकित्सा खर्च के कारण पूर्ण या आंशकि वित्तीय सहायता पाने के हकदार हैं। हमारा मूल्यांकन पूरा करने के लिए, हम चाहते हैं कआप संलग्न आवेदन जमा करें और उसे नमिनलखिति चीज़ों के साथ वापस भेजें।

आवश्यक दस्तावेज़:

1. गोपनीय वित्तीय वविरण (संलग्न) को दोनों ओर से पूरा करें
2. मेडी-कैल प्रोग्राम से कसी भी अस्वीकृत पत्र/बयान की एक प्रतशामलि करें (यदलियागू हो)
3. अपने पछिले बैंक स्टेटमेंट, चेकगि और बचत के सभी पेजों की शामलि करें।
4. यदि आपके पास अपने प्राथमकि नवास के अलावा मनी मार्कटि एकाउंट्स, स्टॉक या आय संपत्तियां हैं तो हमें हरेक अकाउंट का वविरण देखना होगा।  
कृपया ध्यान दें: जब हम आय की गणना करते हैं तो क्वालफाइड रटायरमेंट प्लान को शामलि नहीं किया जाता है।
5. यदि आप नौकरीपेशा हैं, तो कृपया हरेक परिवार के सदस्य के अंतमि दो वेतन पर्चियों की प्रतलिपिसंलग्न करें।
6. यदि नौकरी अस्थायी है, तो कृपया वेतन पर्ची के बजाय पछिले वर्ष के टैक्स रटिर्न की प्रतसंलग्न करें।
7. यदि आप वर्तमान में बेरोज़गार हैं, तो कृपया बेरोज़गारी बीमा, राज्य ककिलांगता या सामाजकि 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 (यदलियागू हो)।
9. कृपया एक पत्र शामलि करें जसिमें आपकी वित्तीय स्थिति स्पष्ट हो तथा यह भी बताया गया हो कआप अपना बलि भुगतान करने में असमर्थ क्यों हैं।  
आपका व्यक्तिगत पत्र हमें आपकी स्थिति को समझने में मदद करता है और यह भी कआपको 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 ककिया 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 नपिटान करेंगे तथा आपको अपने नरिणय 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: \$ \_\_\_\_\_ करिए 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/करिए का मासिक भुगतान: \$ \_\_\_\_\_ चकित्सा/दंत चकित्सा: \$ \_\_\_\_\_  
चकित्सा 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 कृतपिृतिया 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](http://www.healthconsumer.org) पर जा सकते हैं।