

## वित्तीय जानकारी फॉर्म / वित्तीय सहायता आवेदनपत्र

इस फॉर्म को पूरा करने हेतु सहायता के लिए या अगर आप कोई प्रश्न पूछना चाहते हैं, तो कृपया 281-243-1073 पर कॉल करें

रोगी का नाम:	फोन नंबर:
रोगी का स्ट्रीट पता:	शहर, राज्य, पिन कोड:
खाता नंबर:	सेवा की दिनांक:

**निर्देश:** सभी प्रश्नों का उत्तर देना अनिवार्य है। यदि कोई प्रश्न संबंधित नहीं है, तो लाइन पर लागू नहीं लिखें।  
**फोटो के साथ पहचान के प्रमाण की एक फोटोकॉपी लगाएं (उदाहरण के लिए, राज्य द्वारा फोटो के साथ जारी किया गया ड्राइविंग लाइसेंस या पासपोर्ट आदि)•**  
**हाल ही में भरे गए आय कर रिटर्न की फोटोकॉपी लगाएं या आय के निम्न लिखित प्रमाणों में से किसी एक की फोटोकॉपी लगाएं:**

\* अगर फोटो वाला पहचान पत्र उपलब्ध नहीं है, तो पहचान को दर्शाने वाले अन्य दस्तावेजों का इस्तेमाल किया जा सकता है। सहायता के लिए ऊपर दिए गए फोन नंबर पर संपर्क करें।

<input type="checkbox"/> अंतिम 2 पेचेक वेतनांश	<input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा चेक या अवाई पत्र
<input type="checkbox"/> बेरोज़गारी लाभ की पुष्टि स्लिप	<input type="checkbox"/> नियोजता से प्राप्त पत्र जिसमें कर्मचारी का नाम, पेशा, प्रति घंटा मजदूरी, काम किए गए घंटों की संख्या दी गई हो

**\*\*\* सहायक दस्तावेजों के बिना इसे एक पूर्ण आवेदन नहीं माना जाता है। \*\*\***

स्थिति:	<input type="checkbox"/> स्थायी टेक्सास निवासी	<input type="checkbox"/> कानूनी निवासी	<input type="checkbox"/> अप्रवासी वीजा	<input type="checkbox"/> गैर-अप्रवासी वीजा
वैवाहिक स्थिति (किसी एक पर सही का निशान लगाएं):	<input type="checkbox"/> विवाहित	<input type="checkbox"/> अविवाहित	<input type="checkbox"/> तलाकशुदा	
	<input type="checkbox"/> विधवा	<input type="checkbox"/> अन्य		

परिवार में 18 साल से कम के बच्चे और अन्य आश्रित (आवश्यकता होने पर, दूसरे पेज पर जारी रखें)

पूरा नाम	जन्म तिथि	आश्रितों के साथ संबंध (किसी एक पर सही का निशान लगाएं)				
		बच्चा	सौतेला-बच्चा	अभिभावक	वयस्क/वरिष्ठ	संबंधित नहीं

रोजगार का सारांश	
रोगी	पति/पत्नी
नियोजता	नियोजता
व्यवसाय	व्यवसाय
रोजगार की स्थिति (किसी एक पर सही का निशान लगाएं)	रोजगार की स्थिति (किसी एक पर सही का निशान लगाएं)
<input type="checkbox"/> पूर्णकालिक	<input type="checkbox"/> अंशकालिक
<input type="checkbox"/> गृहिणी	<input type="checkbox"/> बेरोज़गार
<input type="checkbox"/> काम पर वापस जाने में असमर्थ	<input type="checkbox"/> काम पर वापस जाने में असमर्थ

प्रति माह पारिवारिक आय		प्रति माह पारिवारिक खर्च (FAA के लिए लागू नहीं)	
रोगी	\$ _____ /माह	आवास:	_____ अपना/ऋण _____ किराया
जीवनसाथी	\$ _____ /माह	घर का भुगतान	\$ _____ /माह
निर्वाह-व्यय	\$ _____ /माह	उपयोगिताएं (बिजली, पानी)	\$ _____ /माह
बेरोज़गारी	\$ _____ /माह	कार # 1	\$ _____ /माह
बाल पोषण	\$ _____ /माह	कार # 2	\$ _____ /माह
उत्तरजीवी लाभ	\$ _____ /माह	गैसोलिन	\$ _____ /माह
कर्मचारियों का मुआवजा	\$ _____ /माह	बीमा	\$ _____ /माह
ट्रस्ट फंड	\$ _____ /माह	टीवी/केबल/फोन	\$ _____ /माह
अन्य	\$ _____ /माह	भोजन	\$ _____ /माह
<b>कुल आय</b>	<b>\$ _____ /माह</b>	<b>कुल खर्च</b>	<b>\$ _____ /माह</b>

बैंक खाते/अन्य संपत्तियां (सभी 3 प्रश्नों का उत्तर देना अनिवार्य है): (FAA के लिए लागू नहीं)

चेकिंग खाता? (किसी एक पर सर्कल बनाएं)	हां	नहीं	वर्तमान शेष	\$ _____
बचत खाता? (किसी एक पर सर्कल बनाएं)	हां	नहीं	वर्तमान शेष	\$ _____
अतिरिक्त संपत्ति? (किसी एक पर सर्कल बनाएं)	हां	नहीं	वर्तमान मूल्य	\$ _____

यदि हां, तो कृपया वर्णन करें: \_\_\_\_\_

## वित्तीय जानकारी फॉर्म / वित्तीय सहायता आवेदनपत्र

रोगी का नाम:

- \* मैं झूठी गवाही के दंड के तहत यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने जो उत्तर दिए हैं वे मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही हैं।
- \* मैंने जो जानकारी उपलब्ध करायी है वह पारिवारिक आय और खर्चों को दर्शाती है।
- \* क्रेडिट रिपोर्ट और सार्वजनिक रूप से उपलब्ध अन्य सूचना के साथ-साथ इस सूचना का उपयोग Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony द्वारा किसी भुगतान योजना को स्थापित करने और/या वित्तीय सहायता के लिए किसी आवेदनपत्र को आरंभ करने और/या विभिन्न कार्यक्रमों, कवरेज या सहायता के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए किया जा सकता है।
- \* मैंने जो बयान दिए हैं उनके सत्यापन के लिए मैं Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony को किसी भी स्रोत से सूचना प्राप्त करने की सहमति देता/देती हूँ।
- \* अगर उपलब्ध करायी गई सूचना वित्तीय सहायता के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने के लिए अपूर्ण या अपर्याप्त है या अगर आप पात्रता अर्हताओं को पूरा नहीं करते हैं, तो आपको Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony से लिखित सूचना प्राप्त होगी। अगर आप वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं, तो भी आपको लिखित रूप में सूचित किया जाएगा।
- \* जो रोगी वित्तीय सहायताके लिए आवेदन करते हैं वे स्थानीय, राज्य या संघीय कार्यक्रमों से धन प्राप्त करने के लिए पात्र हो सकते हैं। रोगियों से आशा की जाती है कि वे वित्तीय सहायताके लिए पात्रता के निर्धारणसे पहले ऐसे कार्यक्रमों के लिए आवेदन करें। Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony ऐसे कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने में लोगों को सहायता उपलब्ध कराएगा। ऐसे कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने में विफलता, रोगी की वित्तीय सहायता के आवेदन पर प्रतिकूल प्रभाव डाल सकती है।
- \* मैं इस तथ्य को प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने सभी संभावित बीमा कवरेज के लिए आवेदन कर दिया है, जिसमें Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance और कोई अन्य स्थानीय, राज्य या संघीय कवरेज शामिल हैं।
- \* मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं हूँ, तो देखभाल की लागत के लिए मैं जिम्मेदार हूँ।

रोगी/गारंटीकर्ता के हस्ताक्षर

दिनांक

इस आवेदन को पूरा करने के बाद, इसे और सभी सहायक दस्तावेजों को निम्नलिखित पते पर डाक द्वारा भेजें:

**Patient Business Office  
16906 Southwest Freeway  
Sugar Land, Texas 77479  
Attention: Financial Assistance**

*Office Use Only*

**Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO**

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

पिछला पेज देखें

**MEMORIAL  
HERMANN**

पिछला पेज देखें