

സാമ്പത്തിക വിവര ഫോം / സാമ്പത്തിക സഹായ അപേക്ഷ

ഈ ഫോം പൂരിപ്പിക്കുന്നതിന് സഹായം വേണമെങ്കിലോ അഥവാ നിങ്ങൾക്ക് സംശയങ്ങൾ ഉണ്ടെങ്കിലോ ദയവായി **281-243-1073** എന്ന നമ്പറിൽ വിളിക്കുക

രോഗിയുടെ പേര്:	ഫോൺ നമ്പർ:
രോഗിയുടെ സ്കീറ്റ് വിലാസം:	നഗരം, സ്റ്റേറ്റ്, സിപ്പി കോഡ്:
അക്കൗണ്ട് നമ്പർ (നമ്പറുകൾ):	സേവന തീയതി(കൾ):

നിർദ്ദേശങ്ങൾ: എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം നൽകണം. ഏതെങ്കിലും ചോദ്യം ബാധകമല്ലെങ്കിൽ, ലൈനിൽ N/A (ബാധകമല്ല) എന്നെഴുതുക.

ഫോട്ടോ പതിപ്പിച്ച തിരിച്ചറിയൽ രേഖയുടെ ഒരു പകർപ്പ് ഒപ്പം ചേർക്കുക (ഉദാഹരണം: സ്റ്റേറ്റ് ഇഷ്യൂ ചെയ്തിട്ടുള്ള ഫോട്ടോ പതിപ്പിച്ച ഡ്രൈവിംഗ് ലൈസൻസ്, പാസ്പോർട്ട് മുതലായവ).*

ഏറ്റവും പുതിയ ആദായ നികുതി റിട്ടേണിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് ഒപ്പം ചേർക്കുക അല്ലെങ്കിൽ ഇനിപ്പറയുന്ന വരുമാനം തെളിയിക്കുന്ന രേഖകളിലൊന്നിന്റെ ഒരു പകർപ്പ് ചേർക്കുക:

അവസാന 2 ശമ്പള ബില്ലുകൾ

തൊഴിലില്ലായ്മാ വേതന സ്ഥിരീകരണ സ്ലിപ്പ്

* ഫോട്ടോ ഐഡി ലഭ്യമല്ലെങ്കിൽ, മറ്റ് തിരിച്ചറിയൽ രേഖകൾ ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്. സഹായത്തിനായി മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന ഫോൺ നമ്പറിൽ ബന്ധപ്പെടുക.

സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി ചെക്ക് അല്ലെങ്കിൽ അവാർഡ് കത്ത്

ജീവനക്കാരന്റെ പേരും തൊഴിലും ഒരു മണിക്കൂർ നേരത്തേക്കുള്ള വേതനവും ജോലി ചെയ്ത മണിക്കൂറുകളുടെ എണ്ണവും പ്രസ്താവിക്കുന്ന തൊഴിലുമയുടെ കത്ത്

***** പീറ്റണയ്ക്കുന്ന രേഖകൾ ഇല്ലെങ്കിൽ ഇതൊരു പൂർണ്ണമായ അപേക്ഷയായി കണക്കാക്കപ്പെടുന്നതല്ല. *****

സ്റ്റാറ്റസ്:	<input type="checkbox"/> Texas നിവാസി	<input type="checkbox"/> നിയാമനസ്യതമായ നിവാസി	<input type="checkbox"/> കടിയേറ്റ വിസ	<input type="checkbox"/> കടിയേറ്റ ഇതര വിസ
വൈവാഹിക നില (ഒരേണ്ണത്തിൽ ശരിയടയാളമിടുക):	<input type="checkbox"/> വിവാഹിത/ൻ	<input type="checkbox"/> വിവാഹം ചെയ്തിട്ടില്ല	<input type="checkbox"/> വിവാഹബന്ധം വേർപെടുത്തി	
	<input type="checkbox"/> വിധവ	<input type="checkbox"/> മറ്റുള്ളത് _____		

വിട്ടിലെ 18 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികളും മറ്റ് ആശ്രിതരും (ആവശ്യമെങ്കിൽ മറ്റൊരു പേജിൽ തുടരുക)					
മുഴുവൻ പേര്	ജനനത്തീയതി	ആശ്രിതരായുള്ള ബന്ധം (ഒരേണ്ണത്തിൽ ശരിയടയാളമിടുക)			
		കുട്ടി	വളർത്തുപുത്രൻ/പുത്രി	രക്ഷാകർത്താവ്	പ്രായപൂർത്തിയായ വ്യക്തി/വയസ്സായ വ്യക്തി

തൊഴിൽ സംഗ്രഹം	
രോഗി	ജീവിതപങ്കാളി
തൊഴിലുമ	തൊഴിലുമ
തൊഴിൽ	തൊഴിൽ
തൊഴിൽ നില (ഒരേണ്ണത്തിൽ ശരിയടയാളമിടുക)	തൊഴിൽ നില (ഒരേണ്ണത്തിൽ ശരിയടയാളമിടുക)
<input type="checkbox"/> മുഴുവൻ സമയം <input type="checkbox"/> ഭാഗിക സമയം <input type="checkbox"/> തൊഴിലില്ല	<input type="checkbox"/> മുഴുവൻ സമയം <input type="checkbox"/> ഭാഗിക സമയം <input type="checkbox"/> തൊഴിലില്ല
<input type="checkbox"/> വീട്ടമ്മ <input type="checkbox"/> ജോലിയിലേക്ക് തിരികെ പ്രവേശിക്കാനാവില്ല	<input type="checkbox"/> വീട്ടമ്മ <input type="checkbox"/> ജോലിയിലേക്ക് തിരികെ പ്രവേശിക്കാനാവില്ല

പ്രതിമാസ ഗാർഹിക വരുമാനം		പ്രതിമാസ വീട്ടുചെലവുകൾ (FAA-യ്ക്ക് ബാധകമല്ല)	
രോഗി	\$ _____ /മാസം	പാർപ്പിട സൗകര്യം: _____ സാന്ധ്യ/വായ്പ _____ വാടക	
ജീവിതപങ്കാളി	\$ _____ /മാസം	വീടിനുള്ള അടവ്	\$ _____ /മാസം
ജീവനാംശം	\$ _____ /മാസം	യൂട്ടിലിറ്റികൾ (വൈദ്യുതി, വെള്ളം)	\$ _____ /മാസം
തൊഴിലില്ലായ്മാ വേതനം	\$ _____ /മാസം	കാർ # 1	\$ _____ /മാസം
ശിശു പിന്തുണ	\$ _____ /മാസം	കാർ # 2	\$ _____ /മാസം
സർവൈവർ ആനുകൂല്യം	\$ _____ /മാസം	ഗാസോലിൻ	\$ _____ /മാസം
തൊഴിലാളികൾക്കുള്ള നഷ്ടപരിഹാരം	\$ _____ /മാസം	ഇൻഷുറൻസ്	\$ _____ /മാസം
ട്രസ്റ്റ് ഫണ്ട്	\$ _____ /മാസം	ടിവി/കേബിൾ/ഫോൺ	\$ _____ /മാസം
മറ്റുള്ളവ	\$ _____ /മാസം	ഭക്ഷണം	\$ _____ /മാസം
മൊത്തം വരുമാനം	\$ _____ /മാസം	മൊത്തം ചെലവുകൾ	\$ _____ /മാസം

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ടുകൾ/മറ്റ് സ്വത്തുക്കൾ (എല്ലാ 3 ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം നൽകണം):				(FAA-യ്ക്ക് ബാധകമല്ല)
ചെക്കിംഗ് അക്കൗണ്ട്? (ഒരേണ്ണത്തിൽ വട്ടമിടുക)	ഉവ്വ്	ഇല്ല	നിലവിലെ ബാലൻസ്	\$ _____
സേവിംഗ്സ് അക്കൗണ്ട്? (ഒരേണ്ണത്തിൽ വട്ടമിടുക)	ഉവ്വ്	ഇല്ല	നിലവിലെ ബാലൻസ്	\$ _____
അധിക സമ്പാദ്യം? (ഒരേണ്ണത്തിൽ വട്ടമിടുക)	ഉവ്വ്	ഇല്ല	നിലവിലെ മൂല്യം	\$ _____
ഉണ്ടെങ്കിൽ, ദയവായി വിവരിക്കുക: _____				

രോഗിയുടെ പേര്:

* നൽകിയിരിക്കുന്ന ഉത്തരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൽ പെട്ടിടത്തോളം സത്യവും കൃത്യവുമാണെന്ന് കള്ള സത്യവാങ്മൂലം നൽകുന്നത് ശിക്ഷാർഹമാണെന്ന അറിവോടെ, ഇതിനാൽ ഞാൻ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

* ഞാൻ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ, ഗാർഹിക വരുമാനവും ചെലവുകളും പ്രതിഫലിപ്പിക്കുന്നു.

* ഈ വിവരങ്ങളും പൊതുവായി ലഭ്യമായ മറ്റ് വിവരങ്ങളും, ഒരു പേയ്മെന്റ് പ്ലാൻ നടപ്പാക്കാനും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ സാമ്പത്തിക സഹായത്തിനുള്ള ഒരു അപേക്ഷയ്ക്ക് തുടക്കമിടാനും ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ വിവിധ പദ്ധതികൾ, പരിരക്ഷ അല്ലെങ്കിൽ സഹായം എന്നിവയ്ക്കുള്ള യോഗ്യത നിർണ്ണയിക്കാനും Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony-ന് ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്.

* ഞാൻ നടത്തിയിട്ടുള്ള പ്രസ്താവനകൾ പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കുന്നതിന്, മറ്റേതെങ്കിലും ഉറവിടങ്ങളിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ കരസ്ഥമാക്കുന്നതിന് ഞാൻ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony-ന് സമ്മതം നൽകുന്നു.

* നൽകിയിട്ടുള്ള വിവരങ്ങൾ അപൂർണ്ണമാണെങ്കിലോ സാമ്പത്തിക സഹായത്തിന് നിങ്ങൾക്ക് അർഹതയുണ്ടോ എന്ന് നിർണ്ണയിക്കുന്നതിന് പര്യാപ്തമല്ലെങ്കിലോ നിങ്ങൾ യോഗ്യതാ മാനദണ്ഡങ്ങൾ പാലിക്കുന്നില്ലെങ്കിലോ, Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony-ൽ നിന്ന് നിങ്ങൾക്ക് രേഖാമൂലമായ അറിയിപ്പ് ലഭിക്കുന്നതാണ്. സാമ്പത്തിക സഹായത്തിന് അർഹതയുണ്ടെങ്കിൽ അക്കാര്യവും നിങ്ങളെ രേഖാമൂലം അറിയിക്കുന്നതാണ്.

* സാമ്പത്തിക സഹായത്തിന് അപേക്ഷിക്കുന്ന രോഗികൾക്ക്, തദ്ദേശ, സ്റ്റേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഫെഡറൽ പദ്ധതികളിൽ നിന്നുള്ള ധനസഹായങ്ങൾക്ക് അർഹതയുണ്ടായേക്കാം. സാമ്പത്തിക സഹായത്തിനുള്ള അർഹതയുടെ നിർണ്ണയത്തിന് മുമ്പായി, അത്തരം പദ്ധതികൾക്കായി രോഗികൾ അപേക്ഷിക്കുമെന്ന് പ്രതീക്ഷിക്കപ്പെടുന്നു. രോഗികൾക്ക് അത്തരം പദ്ധതികൾക്കായി അപേക്ഷിക്കുന്നതിന് Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony സഹായം നൽകുന്നതാണ്. അത്തരം പദ്ധതികൾക്കായി അപേക്ഷിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടുന്നത്, രോഗിയുടെ സാമ്പത്തിക സഹായത്തിനുള്ള അപേക്ഷയെ പരിഗണിക്കുന്നതിനെ പ്രതികൂലമായി ബാധിച്ചേക്കാം.

* Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance എന്നിവ ഉൾപ്പെടെയുള്ള സാധ്യമായ എല്ലാ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷയ്ക്കും മറ്റെന്തെങ്കിലും തദ്ദേശ, സ്റ്റേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഫെഡറൽ പരിരക്ഷയ്ക്കും ഞാൻ അപേക്ഷിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന വസ്തുത സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

* എനിക്ക് സാമ്പത്തിക സഹായത്തിന് അർഹതയില്ലെങ്കിൽ, പരിചരണത്തിന്റെ ചെലവുകൾക്ക് ഞാനായിരിക്കും ഉത്തരവാദി എന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

രോഗിയുടെ/ഗ്യാരണ്ടറുടെ ഒപ്പ് തീയതി

ഈ അപേക്ഷ പൂരിപ്പിച്ചതിന് ശേഷം, ഇതും പിന്തുണയ്ക്കുന്ന എല്ലാ രേഖകളും ഈ വിലാസത്തിലേക്ക് തപാലിൽ അയയ്ക്കുക:
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

