

[Date]

प्रिय मरीज़/आवेदक,

Henry Ford Health सभी को निजीकृत देखभाल प्रदान करने की संवेदना और समर्पण द्वारा संचालित है- खासतौर पर सबसे ज्यादा जरूरतमंदों को। 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 छह माह के अंदर आवेदन पूरा किया है और आपको वित्तीय सहायता की मंजूरी मिली थी, तो कृपया हमें बताएं - हो सकता है कि आपको नया आवेदन पूरा करने की जरूरत न पड़े। अफसोस, हम पूर्व आवेदन पर भरोसा करने में असमर्थ हैं, जो छह माह से अधिक पुरानी है।

आवेदन के साथ, आपको अपने परिवार की आय का सत्यापन और किसी भी पारिवारिक सदस्य के स्वामित्व वाली सभी संपत्तियों का सत्यापन प्रदान करना होगा।

### **आय और संपत्तियों के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:**

- नियोक्ता से प्राप्त बिल्कुल हाल ही की 3 पेस्टब्स की प्रतियां
- सबसे हाल ही के वार्षिक टैक्स रिटर्न की प्रतियां (स्व-नियोजित होने पर, सभी अनुसूचियां शामिल करें)
- सामाजिक सुरक्षा और/या पेंशन सेवानिवृत्ति पुरस्कार पत्र
- माता-पिता या अभिभावक का बिल्कुल हाल ही का वार्षिक टैक्स रिटर्न, यदि आवेदक उनके कर पत्र में सूचीबद्ध आश्रित है और उसकी आयु 25 वर्ष से कम है
- बेरोजगारी लाभों प्राप्ति की प्रति
- Medicaid और/अथवा राज्य द्वारा फंड की गई चिकित्सीय सहायता के लिए पात्रता की मंजूरी/अस्वीकार्यता
- अन्य आय सत्यापन दस्तावेज़

### **संपत्तियों के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:**

- पिछले 3 माह की मौजूदा बैंक स्टेटमेंट (चालू और बचत खाते)
- निवेश, स्टॉक्स और बॉन्ड्स सहित
- ट्रस्ट फंड
- मनी मार्किट खाते
- म्यूचुअल फंड

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, वित्तीय सहायता के लिए आपके योग्य होने के लिए हम आपके बकाया चिकित्सीय बिलों पर विचार करने योग्य हो सकते हैं। यदि आप चाहते हैं कि हम इस पर विचार करें, तो कृपया अपने बकाया मासिक चिकित्सीय और फार्मसी/दवा खर्चों के दस्तावेज भी प्रदान करें, जैसे मौजूदा इनवायस या खाता बैलेंस की स्टेटमेंट्स। **कृपया ध्यान दें कि आवेदन पर विचार करने के लिए 1) भरा हुआ आवेदन 2) आय का प्रमाण, 3) संपत्तियों और 4) बकाया चिकित्सीय बिलों के साथ (यदि लागू हैं) प्राप्त होना जरूरी है। हम पूरी तरह न भरे गए आवेदनों की प्रक्रिया नहीं कर सकते या उन पर विचार नहीं कर सकते।**

अपना आवेदन जमा करते समय, कृपया ध्यान दें कि इन्टरनेट पर ईमेल द्वारा किए गए पत्राचार सुरक्षित नहीं होते। हालांकि ऐसा होने की संभावना बहुत कम है परंतु यह संभव है कि ईमेल में आपके द्वारा दी गई जानकारी संबोधित व्यक्ति के अलावा अन्य पक्ष इंटरसेप्ट करके पढ़ लें। हम आपकी निजी जानकारी की रक्षा करना चाहते हैं और सुनिश्चित करना चाहते हैं कि वह सुरक्षित बनी रहे। चूंकि 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 और सहायक दस्तावेज मुद्रित करके निम्न पते पर डाक से भेजें या स्वयं पहुंचाएं:**

Facility/Office where service was provided	Mail Completed Applications to:
Henry Ford St. John Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Warren Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Madison Heights Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Novi Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Southfield Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford River District Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford SEMI Medical Group	PO BOX 80278, Indianapolis, IN 46240

हम मदद करने के लिए मौजूद हैं और यह सुनिश्चित करना चाहते हैं कि जो मरीज वित्तीय सहायता के लिए योग्य हैं, उन्हें यह मिल पाए। यदि इस आवेदन, आवश्यक सहायक दस्तावेजों या इस बारे में आपके कोई सवाल हैं कि आप बेहतर तरीके से अपना आवेदन हमें कैसे करें, तो कृपया [xxx-xxx-xxxx] पर हमारे मरीज प्रतिनिधि में से एक को फोन करें।

Facility where service was provided	Phone #
Henry Ford St. John Hospital	877-809-6191
Henry Ford Warren Hospital	888-329-0421
Henry Ford Madison Heights Hospital	888-329-0421
Henry Ford Providence Novi Hospital	800-878-2455
Henry Ford Providence Southfield Hospital	800-878-2455
Henry Ford River District Hospital	888-329-0421

भवदीय,

मरीज वित्तीय सेवाएं  
Henry Ford Health

# वित्तीय सहायता आवेदन पत्र



## मरीज़ 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 \_\_\_\_\_ अस्पताल का नाम \_\_\_\_\_  
नाम (प्रथम और अंतिम) \_\_\_\_\_  
जन्मतिथि \_\_\_\_\_ वैवाहिक स्थिति \_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर \_\_\_\_\_  
डाक पता \_\_\_\_\_ शहर \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ ज़िप \_\_\_\_\_  
सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक) \_\_\_\_\_  
नियोक्ता \_\_\_\_\_ रोज़गार स्थिति \_\_\_\_\_  
प्रति सप्ताह काम किए गए घंटों की संख्या \_\_\_\_\_ 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 नंबर (वैकल्पिक) \_\_\_\_\_  
नियोक्ता \_\_\_\_\_ रोज़गार स्थिति \_\_\_\_\_  
प्रति सप्ताह काम किए गए घंटों की संख्या \_\_\_\_\_ नियोक्ता का फ़ोन नंबर \_\_\_\_\_

## 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 नंबर (वैकल्पिक) \_\_\_\_\_  
नियोक्ता \_\_\_\_\_ रोज़गार स्थिति \_\_\_\_\_  
प्रति सप्ताह काम किए गए घंटों की संख्या \_\_\_\_\_ 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 उपार्जित आय \_\_\_\_\_  
आवेदक के जीवनसाथी की आय \_\_\_\_\_  
सामाजिक सुरक्षा लाभ \_\_\_\_\_  
पेंशन/ सेवानिवृत्ति आय \_\_\_\_\_  
विकलांगता आय \_\_\_\_\_  
बेरोजगारी भत्ता \_\_\_\_\_  
श्रमिक \_\_\_\_\_  
भत्ता ब्याज/ लाभांश आय \_\_\_\_\_

प्राप्त शिशु सहायता \_\_\_\_\_  
प्राप्त निर्वाह-व्यय \_\_\_\_\_  
किराए पर प्रदत्त संपत्ति से आय \_\_\_\_\_  
फूड स्टैम्प \_\_\_\_\_  
प्राप्त न्यास-निधि वितरण \_\_\_\_\_  
अन्य आय \_\_\_\_\_  
अन्य आय \_\_\_\_\_  
**कुल सकल मासिक आय \$** \_\_\_\_\_

## मासिक निर्वाह खर्च

बंधक/किराया \_\_\_\_\_  
यूटिलिटीज \_\_\_\_\_  
फ़ोन (लैंडलाइन) \_\_\_\_\_  
सेल फ़ोन \_\_\_\_\_  
किराना/खाद्य \_\_\_\_\_  
केबल/इन्टरनेट/सैटेलाइट टीवी \_\_\_\_\_  
कार भुगतान \_\_\_\_\_  
शिशु देखभाल \_\_\_\_\_

शिशु सहायता/निर्वाह-व्यय \_\_\_\_\_  
क्रेडिट कार्ड \_\_\_\_\_  
डॉक्टर/अस्पताल के बिल \_\_\_\_\_  
कार/ऑटो बीमा \_\_\_\_\_  
घर/संपत्ति बीमा \_\_\_\_\_  
चिकित्सा/स्वास्थ्य बीमा \_\_\_\_\_  
जीवन बीमा \_\_\_\_\_  
अन्य मासिक खर्च \_\_\_\_\_  
**कुल मासिक खर्च \$** \_\_\_\_\_

## संपत्तियां

नकद/बचत/चालू खाते \_\_\_\_\_  
स्टॉक्स/बॉन्ड्स/निवेश/सीडी \_\_\_\_\_  
अन्य अचल संपत्ति/द्वितीयक निवास \_\_\_\_\_  
बोट/आरवी/मोटरसाइकिल/मनोरंजनात्मक वाहन \_\_\_\_\_  
कलेक्टर वाहन/ गैर-जरूरी वाहन \_\_\_\_\_  
अन्य संपत्तियां \_\_\_\_\_

इस प्रकार मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सही व पूर्ण है। मैं इसके द्वारा अस्पताल को अधिकार देता हूँ कि उन्हें आवश्यक लगने पर वे बाहरी क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों से जानकारी प्राप्त कर सकते हैं।

आवेदक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

तिथि \_\_\_\_\_

## टिप्पणियाँ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# समर्थन पत्र

मरीज़ की चिकित्सीय रिकॉर्ड संख्या/खाता संख्या \_\_\_\_\_

समर्थक का नाम \_\_\_\_\_

मरीज़/आवेदक से संबंध \_\_\_\_\_

समर्थक का पता \_\_\_\_\_

Henry Ford Health के लिए:

यह पत्र यह सूचित करने के लिए है कि (मरीज़ का नाम) \_\_\_\_\_ को कोई आय नहीं मिलती या बिलकुल ना के बराबर आय मिलती है और मैं उसके निर्वाह खर्च में सहायता कर रहा हूँ। उसका मेरे प्रति बिलकुल 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 \_\_\_\_\_