

[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 इंटरनेट 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 _____