

परोपकारी देखभाल/वित्तीय सहायता आवेदन प्रपत्र संबंधी निर्देश

यह ओवरलेक हॉस्पिटल मेडिकल सेंटर (ओएचएमसी) और/या ओवरलेक मेडिकल क्लीनिक्स, एलएलसी (ओएमसी) में वित्तीय सहायता (जिसे परोपकारी देखभाल भी कहा जाता है) हेतु आवेदन है।

वॉशिंगटन राज्य ने सभी अस्पतालों के लिए कुछ आय संबंधी आवश्यकताओं को संतुष्ट करने वाले लोगों और परिवारों को वित्तीय सहायता देना आवश्यक किया है। आपके परिवार के आकार एवं आय के आधार पर संभव है कि आप निःशुल्क देखभाल या घटी-कीमत-पर देखभाल के लिए योग्य हों, तब भी जब आपके पास स्वास्थ्य बीमा है। *वित्तीय सहायता नीति* www.overlakehospital.org/financialpolicies पर देखी जा सकती है।

वित्तीय सहायता में क्या-क्या कवर किया गया है? वित्तीय सहायता आपकी पात्रता के आधार पर ओएचएमसी और/या ओएमसी द्वारा प्रदत्त उपयुक्त सेवाएं कवर करती है। संभव है कि वित्तीय सहायता समस्त स्वास्थ्य देखभाल लागतें, जिनमें अन्य संगठनों द्वारा प्रदत्त सेवाएं शामिल हैं, कवर न करे।

यदि आपको कोई प्रश्न पूछना है या यह आवेदन पूर्ण करने में आपको कोई सहायता चाहिए तो: कृपया हमारे वित्तीय सहायता संयोजक (फाइनेंशियल असिस्टेंट्स कोऑर्डिनेटर) को 425-635-6239 पर कॉल करें। आप अशक्तता एवं भाषाई सहायता समेत किसी भी कारण के लिए सहायता प्राप्त कर सकते हैं।

आपके आवेदन की प्रक्रिया की जाए इसके लिए आपको:

- हमें अपने परिवार के बारे में जानकारी प्रदान करनी होगी
आपके घर में परिवार के सदस्यों की संख्या भरनी होगी (परिवार में जन्म, विवाह या गोद लिए जाने द्वारा संबंधित वे लोग शामिल हैं जो साथ रहते हैं)
- हमें अपने परिवार की सकल मासिक आय (कर एवं कटौती पूर्व आय) के बारे में जानकारी देनी होगी
- पारिवारिक आय के दस्तावेज़ प्रदान करने होंगे
- यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त जानकारी संलग्न करनी होगी
- प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके दिनांक लिखना होगा

नोट: वित्तीय सहायता हेतु आवेदन करने के लिए आपके द्वारा सामाजिक सुरक्षा संख्या (सोशल सिक्योरिटी नंबर) प्रदान करना आवश्यक नहीं है। यदि आप हमें अपनी सामाजिक सुरक्षा संख्या प्रदान करते हैं तो इससे हमें आपके आवेदन पर तेजी से प्रक्रिया करने में मदद मिलेगी। सामाजिक सुरक्षा संख्याओं का उपयोग हमें प्रदत्त जानकारी के सत्यापन के लिए किया जाता है। यदि आपके पास सामाजिक सुरक्षा संख्या नहीं है तो कृपया “लागू नहीं” या “NA” पर निशान लगाएं।

सभी दस्तावेज़ों के साथ पूर्ण आवेदन को डाक या फ़ैक्स से यहां भेजें:

ओवरलेक हॉस्पिटल मेडिकल सेंटर
1035 116वां एवेन्यू एनई
बेलेव्यू, WA 98004-9971
ध्यानार्थ: रोगी वित्तीय सेवाएं

आप संलग्न वापसी लिफाफे का उपयोग कर सकते हैं।

एक प्रति अपने लिए रखना सुनिश्चित करें।

हम आय के दस्तावेज़ समेत, पूर्ण वित्तीय सहायता आवेदन प्राप्त होने के 14 कैलेंडर दिनों के अंदर पात्रता के अंतिम निर्धारण और, यदि लागू हों तो, अपील अधिकारों के बारे में आपको सूचित कर देंगे।

वित्तीय सहायता आवेदन जमा करने के द्वारा आप हमारे द्वारा वित्तीय दायित्वों एवं जानकारी की पुष्टि हेतु आवश्यक पूछताछ करने पर अपनी सहमति देते हैं।

हम आपकी सहायता करना चाहते हैं। कृपया अपना आवेदन शीघ्र जमा करें!

परोपकारी देखभाल/वित्तीय सहायता आवेदन प्रपत्र - गोपनीय

कृपया समस्त जानकारी पूरी तरह भरें। यदि वह लागू न होता हो तो "NA" लिख दें। यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

स्क्रीनिंग जानकारी

क्या आपको दुभाषिया चाहिए? हाँ नहीं यदि हाँ, तो पसंदीदा भाषा लिखें:

क्या रोगी ने मेडिकएड के लिए आवेदन किया है? हाँ नहीं वित्तीय सहायता हेतु विचार किए जाने से पहले आवेदन करना आवश्यक हो सकता है

क्या रोगी इस समय बेघर है? हाँ नहीं

क्या रोगी की चिकित्सीय देखभाल किसी कार दुर्घटना या कार्य संबंधी चोट से संबंधित है? हाँ नहीं

कृपया ध्यान दें

- हम यह गारंटी नहीं दे सकते हैं कि आप वित्तीय सहायता हेतु अर्ह हो जाएंगे, यदि आप आवेदन करते हैं तो भी नहीं।
- आपके द्वारा अपना आवेदन भेज दिए जाने पर, हम समस्त जानकारी जांच सकते हैं और अतिरिक्त जानकारी या आय का प्रमाण मांग सकते हैं।
- आपका पूर्ण आवेदन एवं दस्तावेज हमें प्राप्त हो जाने के 14 कैलेंडर दिनों के अंदर हम आपको सूचित कर देंगे कि आप सहायता के लिए अर्ह पाए गए हैं या नहीं।

रोगी एवं आवेदक की जानकारी

रोगी का प्रथम नाम	रोगी का मध्य नाम		रोगी का अंतिम नाम
<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य (निर्दिष्ट कर सकते हैं _____)	जन्म तिथि		सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक*) <small>* वैकल्पिक, परंतु राज्य कानूनों की आवश्यकताओं से भी ऊपर अधिक उदार सहायता के लिए आवश्यक [???</small>
बिल भुगतान हेतु उत्तरदायी व्यक्ति	रोगी से संबंध	जन्म तिथि	सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक*) <small>* वैकल्पिक, परंतु राज्य कानूनों की आवश्यकताओं से भी ऊपर अधिक उदार सहायता के लिए आवश्यक [???</small>
डाक का पता _____ _____ शहर राज्य ज़िप कोड			मुख्य संपर्क नंबर (एक या अधिक) () _____ () _____ ईमेल पता: _____

बिल भुगतान हेतु उत्तरदायी व्यक्ति की रोजगार स्थिति

कार्यरत (नौकरी पर रखे जाने की तिथि: _____) बेरोज़गार (कितने समय से बेरोज़गार: _____)

स्वरोज़गारी विद्यार्थी अशक्त सेवानिवृत्त अन्य (_____)

परिवार की जानकारी

स्वयं को शामिल करते हुए अपने घर के पारिवारिक सदस्यों को सूचीबद्ध करें। "परिवार" में जन्म, विवाह या गोद लिए जाने के द्वारा संबंधित ऐसे लोग शामिल हैं जो साथ रहते हैं।

परिवार का आकार _____

यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें

नाम	जन्म तिथि	रोगी से संबंध	यदि आयु 18 वर्ष या अधिक है: नियोक्ता(ओं) का/के नाम या आय स्रोत	यदि आयु 18 वर्ष या अधिक है: कुल सकल मासिक आय (कर पूर्व):	क्या वित्तीय सहायता के लिए भी आवेदन कर रहे हैं?
					हाँ/नहीं

परिवार के सभी वयस्क सदस्यों की आय प्रकट की जानी आवश्यक है। आय स्रोतों में उदाहरणार्थ शामिल हैं:

- वेतन - बेरोज़गारी - स्वरोज़गार - कर्मी पारितोषिक - अशक्तता - SSI - बाल/जीवनसाथी सहयोग
- कार्य अध्ययन कार्यक्रम (विद्यार्थी) - पेंशन - सेवानिवृत्ति खाता वितरण - अन्य (कृपया व्याख्या करें _____)

परोपकारी देखभाल/वित्तीय सहायता आवेदन प्रपत्र - गोपनीय

आय की जानकारी

याद रखें: अपने आवेदन के साथ आपको आय का प्रमाण शामिल करना होगा।

आपको अपने परिवार की आय की जानकारी प्रदान करनी होगी। वित्तीय सहायता के निर्धारण के लिए आय सत्यापन आवश्यक है।

परिवार के 18 वर्ष या अधिक आयु वाले सभी सदस्यों को अपनी आय प्रकट करनी होगी। यदि आप दस्तावेज़ प्रदान नहीं कर सकते हैं, तो आप अपनी आय का वर्णन देने वाला लिखित, हस्ताक्षरित वक्तव्य जमा कर सकते हैं। कृपया पहचाने गए प्रत्येक आय स्रोत के लिए प्रमाण प्रदान करें।

आय स्रोत के उदाहरणों में शामिल हैं:

- W-2 रोक वक्तव्य (विदहोल्डिंग स्टेटमेंट); या
- वर्तमान वेतन दस्तावेज़ (3 माह); या
- पिछले वर्ष की आयकर विवरणी (इनकम टैक्स रिटर्न), यदि लागू हो तो अनुसूचियों (शेड्यूल) समेत; या
- नियोक्ताओं या अन्य की ओर से लिखित, हस्ताक्षरित वक्तव्य; या
- मेडिकएड और/या राज्य-वित्तपोषित चिकित्सीय सहायता हेतु पात्रता का अनुमोदन या अस्वीकरण; या
- बेरोज़गारी भत्ता हेतु पात्रता का अनुमोदन/अस्वीकरण।

यदि आपके पास आय का कोई प्रमाण नहीं है या कोई आय नहीं है तो एक अतिरिक्त पृष्ठ पर स्पष्टीकरण लिखकर संलग्न करें।

अतिरिक्त सूचना

यदि आपकी वर्तमान वित्तीय स्थिति से संबंधित ऐसी कोई अन्य जानकारी है जो आप हमें बताना चाहते हैं, जैसे कोई वित्तीय संकट, मौसमी या अस्थायी आय, अथवा व्यक्तिगत हानि, तो एक अतिरिक्त पृष्ठ पर लिखकर संलग्न कर दें।

रोगी की सहमति

मैं समझता/ती हूँ कि वित्तीय सहायता हेतु पात्रता या भुगतान योजनाओं के निर्धारण में सहायता के लिए ओवरलेक हॉस्पिटल मेडिकल सेंटर/ओवरलेक मेडिकल क्लीनिक्स एलएलसी ऋण/साख (क्रेडिट) जानकारी प्राप्त करके एवं अन्य स्रोतों से जानकारी प्राप्त करके जानकारी का सत्यापन कर सकते हैं।

मैं अभिपुष्टि करता/ती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरे सर्वश्रेष्ठ ज्ञान में सत्य एवं सही है। मैं समझता/ती हूँ कि यदि मेरे द्वारा दी गई जानकारी असत्य निर्धारित होती है, तो इसका परिणाम वित्तीय सहायता अस्वीकृत किए जाने के रूप में मिलेगा और प्रदत्त सेवाओं के भुगतान के लिए मैं उत्तरदायी होऊंगा/गी एवं मुझसे उनका भुगतान अपेक्षित रहेगा।

आवेदक के हस्ताक्षर

तिथि