

वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम _____ MRN _____

आप निःशुल्क अथवा रियायती स्वास्थ्य-देखभाल के पात्र हो सकते(ती) हैं।

कृपया इस आवेदन को पूरा भरें ताकि नॉर्थवेस्टर्न मेमोरियल हेल्थकेयर (NMHC) द्वारा यह निर्धारित किया जा सके कि क्या आप निम्नलिखित सेवाओं को प्राप्त करने के पात्र हैं अथवा नहीं हैं:

- निःशुल्क अथवा रियायती सेवाएं
- अन्य सार्वजनिक कार्यक्रम जो आपकी स्वास्थ्य-देखभाल के लिए भुगतान करने में सहायता कर सकते हैं

यदि आपके पास कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं है: निःशुल्क अथवा रियायती स्वास्थ्य-देखभाल प्राप्त करने हेतु आपको सोशल सिक्यूरिटी नंबर की आवश्यकता नहीं है।

मेडिकेड सहित कुछ अन्य सार्वजनिक कार्यक्रमों के लिए एक सोशल सिक्यूरिटी नंबर होना आवश्यक होता है। यद्यपि आपको अपना सोशल सिक्यूरिटी नंबर प्रदान करना आवश्यक नहीं है, फिर भी नंबर प्रदान करने पर यह NMHC को यह निर्धारित करने में सहायक होगा कि क्या आप किसी भी सार्वजनिक कार्यक्रम के लिए पात्र हैं अथवा नहीं हैं।

कृपया इस फॉर्म को पूरा भरें और **सभी** आवश्यक सहायक दस्तावेजों के साथ इसे व्यक्तिगत रूप से या डाक, ई-मेल या फ़ैक्स द्वारा सबमिट करें। आपको अस्पताल से डिस्चार्ज होने अथवा बाह्य-रोगी देखभाल प्राप्त करने के **240 दिनों के भीतर** एक पूरा भरा हुआ आवेदन और सहायक दस्तावेज सबमिट करने होंगे।

आप यह स्वीकार करते(ती) हैं कि आपने, डिस्चार्ज होने की तिथि अथवा आपको प्राप्त बाह्य-रोगी देखभाल की तिथि के बाद से 240 दिनों के भीतर, निःशुल्क अथवा रियायती देखभाल के लिए आवेदन करने हेतु एक सद्भावपूर्ण प्रयास किया है। आप यह स्वीकार करते(ती) हैं कि आपने, NMHC को यह निर्धारित करने में सहायता करने हेतु कि क्या आप वित्तीय सहायता प्राप्त करने के पात्र हैं, इस आवेदन में मांगी गई सभी जानकारी देने का एक सद्भावपूर्ण प्रयास किया है।

यदि आपके पास स्वास्थ्य बीमा नहीं है और आप कुछ मानदंडों को पूरा करते(ती) हैं: आपको इस आवेदन को भरने की आवश्यकता नहीं है।

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> आप बेघरता (आवासहीनता) का अनुभव कर रहे(ही) हैं। | इनमें से उन कार्यक्रमों को चुनें जिनमें आप नामांकित हैं। |
| <input type="checkbox"/> रोगी की मृत्यु हो चुकी है तथा उसका(की) कोई जीवनसाथी/संपत्ति नहीं है। | <input type="checkbox"/> महिला, शिशु एवं बाल पोषण कार्यक्रम (WIC) |
| <input type="checkbox"/> आप स्वयं निर्णय लेने में असमर्थ हैं (मानसिक अक्षमता) और आपकी ओर से कार्य करने वाला कोई व्यक्ति नहीं है। | <input type="checkbox"/> पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> आप मेडिकेड के लिए तो पात्र हैं, किन्तु सेवा की तिथि पर पात्र नहीं हैं। | <input type="checkbox"/> इलिनॉइस फ्री लन्च एवं ब्रेकफ़ास्ट कार्यक्रम |
| | <input type="checkbox"/> इलिनॉइस गृह ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (LIHEAP) |

आपकी जानकारी			
नाम	सोशल सिक्यूरिटी नंबर	जन्म तिथि	
घर का पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड
घर का फ़ोन नंबर	सेल फ़ोन नंबर	ई-मेल	
संपर्क का पसन्दीदा माध्यम <input type="checkbox"/> यूएस मेल <input type="checkbox"/> ई-मेल <input type="checkbox"/> घर का फ़ोन नंबर <input type="checkbox"/> सेल फ़ोन <input type="checkbox"/> मैं बेघरता (आवासहीनता) का अनुभव कर रहा(ही) हूँ			वार्षिक घरेलू आय
वैवाहिक स्थिति <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> वियुक्त <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> विधवा या विधुर			आपके परिवार में व्यक्तियों की संख्या (जैसा कि आपके करों पर रिपोर्ट किया गया है):
रोजगार की स्थिति <input type="checkbox"/> नियोजित <input type="checkbox"/> स्व-नियोजित <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> शारीरिक रूप से अक्षम <input type="checkbox"/> बेरोजगार (पिछली बार कार्यरत रहने तक की तिथि जोड़ें) _____			
नियोक्ता का नाम	फ़ोन नंबर		
नियोक्ता का पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड
आपके नियोक्ता द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य बीमा योजना का नाम, COBRA सहित			<input type="checkbox"/> आपके नियोक्ता द्वारा स्वास्थ्य बीमा प्रदान नहीं किया जाता है।

वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम _____ MRN _____

बीमा कवरेज		
क्या आप निम्नलिखित सहित किसी अन्य स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत आते हैं या पात्र हैं:		
<ul style="list-style-type: none">• अन्तरराष्ट्रीय/यात्रा स्वास्थ्य बीमा• स्वास्थ्य बीमा मार्केटप्लेस योजनाएं• पूर्व-सैनिकों के लाभ• मेडिकेड• मेडिकेयर		
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
यदि आपने अपना उत्तर 'हाँ' में दिया है तो कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें:		
योजना खरीदने वाले व्यक्ति का नाम (पॉलिसीधारक):	बीमाकर्ता	पॉलिसी नंबर
योजना खरीदने वाले व्यक्ति का नाम (पॉलिसीधारक):	बीमाकर्ता	पॉलिसी नंबर

पति/पत्नी, साथी, माता-पिता या गारन्टर (जब लागू हो)			
संबंध			
<input type="checkbox"/> पति-पत्नी <input type="checkbox"/> साथी <input type="checkbox"/> माता-पिता <input type="checkbox"/> गारन्टर <input type="checkbox"/> अन्य _____			
नाम	सोशल सिक्यूरिटी नंबर	जन्म तिथि	
रोजगार की स्थिति			
<input type="checkbox"/> नियोजित <input type="checkbox"/> स्व-नियोजित <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> शारीरिक रूप से अक्षम <input type="checkbox"/> बेरोजगार (पिछली बार कार्यरत रहने तक की तिथि जोड़ें) _____			
नियोक्ता का नाम		फ़ोन नंबर	
नियोक्ता का पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड
नियोक्ता द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य बीमा योजना का नाम, COBRA सहित			<input type="checkbox"/> नियोक्ता द्वारा स्वास्थ्य बीमा प्रदान नहीं किया जाता है।

वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम _____

MRN _____

प्रश्नावली	
1. क्या आपको प्राप्त देखभाल के समय आप इलिनॉइस में रहा करते(ती) थे/थीं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
2. क्या आप एक विदेशी नागरिक (यू.एस. के नागरिक नहीं) हैं जो यू.एस. वीज़ा पर इलिनॉइस में रह रहे(ही) हैं? क. यदि हाँ, वीज़ा किस प्रकार का है? _____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
3. क्या आप हमारे आपातकालीन विभाग में आपको प्राप्त हुई देखभाल के लिए वित्तीय सहायता चाहते(ती) हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
4. यदि आप तलाकशुदा हैं या वियुक्त हो चुके(की) हैं: क्या तलाक या वियुक्त होने के समझौते के अनुसार आपका(की) पूर्व पति/पत्नी/साथी चिकित्सा देखभाल के लिए आर्थिक रूप से उत्तरदायी है?	<input type="checkbox"/> लागू नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
5. क्या आपकी देखभाल निम्नलिखित में से किसी से भी संबंधित थी? <input type="checkbox"/> दुर्घटना <input type="checkbox"/> अपराध <input type="checkbox"/> कार्यस्थल पर पहुंची चोट <input type="checkbox"/> अन्य _____	
6. क्या आपने किसी अटॉर्नी को नियुक्त किया है अथवा क्या आप अपनी चोट या अस्वस्थता के लिए दावा कर रहे(ही) हैं? क. यदि आपने उत्तर 'हाँ' में दिया है तो कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें: _____ अटॉर्नी का नाम _____ अटॉर्नी का फ़ोन नंबर _____	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
7. क्या आपने पहले से ही मेडिकेड के लिए आवेदन किया हुआ है? हम आपसे ऐसा करने की अपेक्षा कर सकते हैं। A. यदि आपने उत्तर 'नहीं' में दिया है तो कृपया लागू होने वाले सभी विकल्पों पर सही का निशान लगाएं: <input type="checkbox"/> आपकी आयु 19 वर्ष या इससे कम है। <input type="checkbox"/> आपकी आयु 65 वर्ष या इससे अधिक है। <input type="checkbox"/> आप दृष्टिहीन हैं। <input type="checkbox"/> आप डायबिटीज़, हार्ड ब्लड प्रेशर या दौरों को नियंत्रित करने की दवा ले रहे(ही) हैं। <input type="checkbox"/> आप शारीरिक रूप से अक्षम हैं, जैसा कि सोशल सिक्यूरिटी ऐडमिनिस्ट्रेशन द्वारा निर्धारित किया गया है। <input type="checkbox"/> आप गर्भवती हैं। <input type="checkbox"/> आपका बच्चा/बच्ची जिसकी आयु 19 वर्ष से अधिक है आपके साथ रह रहा(ही) है।	<input type="checkbox"/> हाँ - अनुमोदन की प्रतीक्षा है <input type="checkbox"/> हाँ - पात्र नहीं हूँ <input type="checkbox"/> नहीं

परिसंपत्तियां	
1. संपत्ति कृपया आपके स्वामित्व वाले किसी भी भवन या भूमि की जानकारी प्रदान करें जो आपका मुख्य निवास स्थान नहीं है। A. आपके सभी भवनों तथा भूमियों का मूल्य क्या है (संपत्ति पर आपको देय राशि को घटाकर)? \$ _____ <input type="checkbox"/> लागू नहीं I. क्या इस संपत्ति का उपयोग धन अर्जित करने के लिए किया जाता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं B. भवनों को छोड़कर, आपकी सभी भूमियों का मूल्य क्या है (संपत्ति पर आपको देय राशि को घटाकर)? \$ _____ <input type="checkbox"/> लागू नहीं I. क्या इस संपत्ति का उपयोग धन अर्जित करने के लिए किया जाता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
2. बैंक अकाउन्ट्स एवं निवेश: कृपया निम्नलिखित में से हर एक में कुल राशि को सूचीबद्ध करें। A. चेकिंग अकाउन्ट्स, सेविंग अकाउन्ट्स तथा क्रेडिट यूनियन अकाउन्ट्स: \$ _____ <input type="checkbox"/> लागू नहीं B. अन्य निवेश, जैसे कि बॉन्ड्स एवं स्टॉक्स। किसी भी प्रकार के सेवानिवृत्ति अकाउन्ट को शामिल नहीं करें। \$ _____ <input type="checkbox"/> लागू नहीं	

हस्ताक्षर करके, मैं इस बात से सहमत होता(ती) हूँ कि:

- मैं इस बिल का भुगतान करने के लिए किसी भी राज्य, संघीय या स्थानीय सहायता के लिए आवेदन करूंगा(गी)।
- इस आवेदन में दी गई जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य एवं सही है।
- मैं भलीभांति समझता(ती) हूँ कि NMHC द्वारा इस जानकारी की पुष्टि कराई जा सकती है।
- NMHC द्वारा इस आवेदन में मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी की जांच के लिए तृतीय पक्षों से संपर्क किया जा सकता है।

मैं भलीभांति समझता(ती) हूँ कि यदि मैंने जानबूझकर कोई गलत जानकारी प्रदान की है, यदि आवेदन में कोई उल्लेखनीय त्रुटि है अथवा यदि कोई महत्वपूर्ण जानकारी छोड़ दी गई है तो:

- मैं आर्थिक सहायता के लिए पात्र नहीं रहूंगा(गी)।
- मुझे दी गई कोई भी वित्तीय सहायता वापस ली जा सकती है।
- बिल का भुगतान करने के लिए मैं उत्तरदायी रहूंगा(गी)।

समय _____ तिथि _____ आवेदक के हस्ताक्षर _____

समय _____ तिथि _____

पति-पत्नी/साथी/माता-पिता/गारन्टर (एक पर घेरा लगाएं) हस्ताक्षर (जब लागू हो) _____

कृपया पूरा भरा गया आवेदन और किसी भी सहायक दस्तावेज़ को निम्नलिखित पते पर भेजें:

Northwestern Memorial HealthCare
Attention: Financial Counseling
675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

फ़ोन: 312.926.6906 या 800.423.0523
फ़ैक्स: 312.694.0447
ई-मेल: finapps@nm.org

वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम _____ MRN _____

वित्तीय सहायता के लिए आवश्यक सहायक दस्तावेज़

यदि आप सभी आवश्यक दस्तावेज़ संलग्न नहीं करते(ती) हैं तो आपके आवेदन में विलंब होगा या इसे अस्वीकार कर दिया जाएगा। यदि आप आवश्यक दस्तावेज़ प्रदान नहीं कर सकते(ती) हैं, तो इसका कारण बताते हुए एक पत्र प्रदान करें।

आवश्यक दस्तावेज़

- आपके सबसे नवीनतम फ़ेडरल टैक्स रिटर्न की एक प्रतिलिपि तथा W-2 या IRS फ़ॉर्म 4506-T: टैक्स रिटर्न की अनुलिपि का अनुरोध।
- सरकार द्वारा जारी वैध फ़ोटो आईडी की एक प्रतिलिपि, जैसे कि आपका ड्राइविंग लाइसेंस या पासपोर्ट
- इनमें से कम से कम कोई एक दस्तावेज़:
 - इलिनॉइस द्वारा जारी एक वैध फ़ोटो आईडी या ड्राइविंग लाइसेंस की प्रतिलिपि
 - इलिनॉइस के पते वाला नवीनतम यूटिलिटी बिल
 - आपके इलिनॉइस मतदाता पंजीकरण कार्ड की एक प्रतिलिपि
 - सरकार द्वारा अथवा किसी अन्य विश्वसनीय स्रोत द्वारा आपके वर्तमान पते पर भेजी गई मेल (डाक)
 - होमलेस शेल्टर से एक पत्र
- नीचे सूचीबद्ध सभी दस्तावेज़ जो आपके प्रकरण में लागू होते हैं:
 - आपके दो सबसे नवीनतम अनएम्प्लॉयमेंट चेक्स या स्टब्स की प्रतिलिपियां
 - आपके दो सबसे नवीनतम एम्प्लॉयर चेक्स या स्टब्स की प्रतिलिपियां
 - आपके दो सबसे नवीनतम सोशल सिक्यूरिटी चेक्स या स्टब्स की प्रतिलिपियां
- आपके सभी चेकिंग, सेविंग्स तथा क्रेडिट यूनियन अकाउन्ट्स के दो सबसे नवीनतम स्टेटमेंट्स।
- पूरा भरा गया एवं हस्ताक्षरित आवेदन

अन्य दस्तावेज़

- यदि आपने पिछले वर्ष के लिए कोई टैक्स रिटर्न सबमिट नहीं किया है **अथवा** यदि आपकी निर्वाह-व्यय, व्यवसाय, सेवानिवृत्ति या पेन्शन आय पिछले वर्ष से भिन्न होगी: नीचे उल्लिखित गैर-वेतन दस्तावेज़ प्रदान करें जो आपके लिए लागू होते हैं।
 - निर्वाह-व्यय की आय का स्टेटमेंट
 - व्यावसायिक आय का स्टेटमेंट
 - सेवानिवृत्ति अथवा पेन्शन की आय का स्टेटमेंट
- यदि आप विवाहित हैं या एक सिविल यूनियन में हैं: नीचे उल्लिखित दस्तावेज़ों को प्रदान करें जो आपके पति/पत्नी या साथी के लिए लागू होते हैं।
 - आय तथा गैर-वेतन आय का प्रमाण (जैस कि ऊपर वर्णित है)
 - फ़ेडरल टैक्स रिटर्न
 - W-2 अथवा IRS फ़ॉर्म 4506-T: टैक्स रिटर्न की अनुलिपि का अनुरोध
 - सभी चेकिंग, सेविंग्स तथा क्रेडिट यूनियन अकाउन्ट्स के सबसे नवीनतम स्टेटमेंट्स
- यदि आप एक विदेशी नागरिक (यू.एस. के नागरिक नहीं) हैं:
 - आपके पासपोर्ट तथा यू.एस. वीज़ा की एक प्रतिलिपि सबमिट करें।