

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

आवेदनकर्ता की जानकारी

सेवा की तारीख (अतीत या भविष्य में): _____ सुविधा: _____

मरीज़ का पूरा नाम: _____ सामाजिक सुरक्षा #: _____

जन्म की तारीख: _____ मरीज़ का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िपकोड: _____

डाक पता: _____ मेडिकल रिकॉर्ड नंबर: _____

फ़ोन नंबर: _____ आवेदन पूरा करने वाले व्यक्ति का नाम: _____

मरीज़ के साथ संबंध: _____

आपके साथ-साथ, परिवार के सदस्यों का कानूनी नाम (गारंटर)

नाम (उपनाम, पहला नाम और मध्य नाम)	जन्म की तारीख	उम्र	संबंध	पेशा	सामाजिक सुरक्षा #	वार्षिक आय
						\$
						\$
						\$
						\$
कुल						\$

आय के साधन (शून्य होने पर, बॉक्स में शून्य लिखें)

आय	\$
सामाजिक सुरक्षा	\$
अन्य आय/गुज़ारा भत्ता/निवेश/सेवानिवृत्ति	\$
कुल आय	\$
401K शेष राशि	\$
गिरवी की रकम	\$
किराए की रकम	\$
बचत खाते की शेष राशि	\$
स्वास्थ्य देखभाल सत्यापन बदलें	
अगर आपकी आय का कोई साधन नहीं है, तो आप अपनी ज़रूरतें कैसे पूरी करते/करती हैं?	नीचे बताएं:

कवरेज से संबंधित अन्य सवाल

क्या मरीज़ का स्वास्थ्य बीमा है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या मरीज़ की चोटों का इलाज किसी तीसरे पक्ष के दायित्व के तहत किया जा रहा है, जैसे कि कोई ऑटो बीमा कंपनी या श्रमिक मुआवज़ा?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या मरीज़ के पास Medicaid की सुविधा है? – अगर हाँ, तो पेज 2 पर जाएँ	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या मरीज़ ने Medicaid के लिए आवेदन किया है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आप गर्भवती हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आपके पास सामाजिक सुरक्षा दिव्यांगता बीमा है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आपकी उम्र 65 साल से ज़्यादा है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आपकी उम्र 19 साल या इससे कम है?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
क्या आप एक ऐसे/ऐसी अभिभावक हैं, जिस पर अपने बच्चे की परवरिश की ज़िम्मेदारी है और आप बेरोज़गार हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

कथन: मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने जो भी जानकारी दी है, वह मेरी समझ के मुताबिक सच्ची और सटीक है। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं जो भी जानकारी सबमिट करता/करती हूँ, उसका सत्यापन किया जा सकता है, जिसके तहत मेरे क्रेडिट एजेंसी स्कोर की जाँच भी की जा सकती है और साथ ही संघीय और/या राज्य एजेंसियों के साथ-साथ अन्य इकाइयों मेरे द्वारा दी गई जानकारी की समीक्षा कर सकती हैं। मैं अपने नियोक्ता को मेरी आय का सबूत Piedmont Healthcare को देने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मेरे द्वारा दी गई कोई भी जानकारी झूठी पाई जाती है, तो Piedmont Healthcare मेरी वित्तीय स्थिति का दोबारा मूल्यांकन करेगा और कोई भी उचित कार्रवाई करेगा।

इसके अलावा मैं किसी भी सहायता के लिए आवेदन करने पर सहमति जताता/जताती हूँ (जैसे, मेडिकेयर, Medicaid, स्टेट एड (कैंसर के लिए), वोकेशनल रीहैब, बीमा, वगैरह) जो मेरे Piedmont Healthcare अकाउंट के शुल्कों की अदायगी के एवज में उपलब्ध हो सकते हैं। मैं Piedmont Healthcare के Medicaid के लिए मरीजों की पात्रता को परखने वाले प्रोसेसर Change Healthcare के साथ भी पूरा सहयोग करूँगा/करूँगी और हर वह कदम उठाऊँगा/उठाऊँगी, जो ऐसा कोई भी सहयोग हासिल करने के लिए ज़रूरी होगा और साथ ही मैं Piedmont Healthcare के शुल्कों के लिए वसूली गई राशि को Piedmont Healthcare को सौंप दूँगा/दूँगी या फिर उसका भुगतान करूँगा/करूँगी। प्रत्येक गारंटर के लिए, एक पूरा वित्तीय सहायता कार्यक्रम आवेदन लागू होता है।

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर	आवेदनकर्ता का नाम (प्रिंट करें)	तारीख	समय
गवाह के हस्ताक्षर	गवाह का नाम (प्रिंट करें)	तारीख	समय

आवेदन को प्रोसेस करने के लिए, आपके आवेदन का समर्थन करने वाले दस्तावेज़ सबमिट करना ज़रूरी है। अगर आप अपने आवेदन में यह जानकारी शामिल नहीं करते, तो आपका आवेदन नामंजूर किया जा सकता है और आप नामंजूरों के खिलाफ अपील दायर नहीं कर सकेंगे। अगर आप कोई सवाल पूछना चाहते हैं या फिर आवेदन पूरा करने में मदद चाहते हैं, तो वित्तीय सहायता विभाग से यहाँ संपर्क कर सकते हैं:

ज़रूरी दस्तावेज़

- फोटो आईडी के स्वीकार्य रूप (सिर्फ़ सरकारी आईडी):
 - राज्य सरकार द्वारा जारी किया गया मान्य ड्राइविंग लाइसेंस (कुछ खास परिस्थितियों में अमान्य दस्तावेज़ों या ऐसे दस्तावेज़ों की अनुमति दी जाती है, जिनकी समय सीमा खत्म हो चुकी है)
 - राज्य द्वारा जारी किया गया आईडी कार्ड
 - पासपोर्ट
 - सैन्य आईडी
 - किसी राजनयिक द्वारा जारी किया गया पहचान-पत्र या स्कूल का फोटो आईडी
 - वीज़ा या रेसिडेंट एलिगन कार्ड (अगर लागू हो)
 - स्वीकार्य नहीं: कॉस्टको कार्ड, सेल्फ़ी या क्रिसमस/छुट्टियों की तस्वीरें
- निवास का सबूत - निवास का सबूत देने वाले दस्तावेज़ 30 दिन से ज़्यादा पुराने नहीं होने चाहिए और मरीज़ के नाम पर होने चाहिए। स्वीकार्य रूप:
 - लौज़ अनुबंध - अगर अभी भी मान्य है और अन्य सभी दस्तावेज़ों में भी वही पता है, तो इसका उपयोग किया जा सकता है
 - फूड स्टैम्प लेटर
 - नागरिक सुविधाओं के बिल व/वास्तविक पते के साथ
 - आपके निवास की जगह सत्यापित करने वाले अन्य व्यावसायिक दस्तावेज़, जैसे कि क्रेडिट कार्ड स्टेटमेंट, IRS, चिकित्सा सहायता पत्र, स्कूल से छात्र को भेजे गए पत्र, बैंक स्टेटमेंट, गिरवी रखने से संबंधित विवरण
- ध्यान दें: पी.ओ. बॉक्स निवास को नहीं दर्शाता।
- आय का प्रमाण
 - अगर नौकरी करते हैं: आवश्यक दस्तावेज़ - वेतन की तीन सबसे हालिया रसीदें (मरीज़ और जीवनसाथी/पार्टनर) या
 - अगर बेरोज़गार हैं: आवश्यक दस्तावेज़ - बेरोज़गारी दावा या बेरोज़गारी भत्ता पाने का पत्र, साथ ही चेकिंग और बचत खातों की तीन महीने के सबसे हालिया बैंक स्टेटमेंट की कॉपी - सभी खातों की या
 - अगर स्वरोज़गार-प्राप्त हैं: आवश्यक दस्तावेज़ - व्यक्तिगत और व्यावसायिक चेकिंग/बचत खातों की तीन महीने के हालिया बैंक स्टेटमेंट की कॉपी (मरीज़ और जीवनसाथी/पार्टनर) - सभी खातों की या
 - अगर सेवानिवृत्त हो गए हैं: आवश्यक दस्तावेज़ - एसएसएन (SSN) पत्र (अगर लागू हो) और व्यक्तिगत और व्यावसायिक चेकिंग/बचत खातों (मरीज़ और जीवनसाथी/पार्टनर) की तीन महीने के हालिया बैंक स्टेटमेंट की कॉपी - सभी खातों की
 - मेडिकेयर एसएसएन पत्र - WWW.SSA.gov/myaccount
 - और - निम्नलिखित दस्तावेज़ों का उपयोग जानकारी को सत्यापित करने के लिए किया जाता है और ये सूची में बताए गए दस्तावेज़ों की जगह नहीं ले सकते।
 - इस फ़ैसले का उल्लेख करने वाला कोई भी पत्र कि मरीज़ को बेरोज़गारी भत्ता, चिकित्सा सहायता, सामाजिक सुरक्षा दिव्यांगता सहायता, सामान्य सहायता वगैरह मिल रही है
 - फूड स्टैम्प पत्र
 - बैंगर होने का सत्यापन या फिर किसी आश्रयस्थल द्वारा कंपनी के लेटरहेड पर जारी किया गया पत्र
 - अन्य व्यावसायिक दस्तावेज़, जो दर्शाते हैं कि मरीज़ की किस तरह से सहायता की जा रही है
 - आश्रितों की संख्या का सबूत
 - पिछले सालों का हस्ताक्षरित आयकर रिटर्न - केवल तभी चाहिए जब आश्रितों का दावा किया गया हो
 - इस फ़ैसले का उल्लेख करने वाला कोई भी पत्र कि मरीज़ पर अपने बच्चे का कानूनी दायित्व है, जैसे कि अदालत द्वारा अभिभावक के तौर पर नियुक्त किए जाने का हुक्म या बच्चे की कस्टडी के कागज़ात

Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center • 2727 Paces Ferry Road, Building 2, Floor 10, Atlanta, GA 30339

फ़ोन: 1-855-788-1212 • फ़ैक्स: 770-916-7511 • ईमेल: Assistance@piedmont.org