

रोगी का नाम: _____

एमआरएन: _____

आप मुफ्त या रियायती देखभाल प्राप्त करने में सक्षम हो सकते हैं: इस एप्लिकेशन को पूरा करने से नॉर्थवेस्टर्न मेमोरियल हेल्थकेयर (एनएमएचसी) को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि क्या आप मुफ्त या रियायती सेवाएं या अन्य सार्वजनिक कार्यक्रम प्राप्त कर सकते हैं जो आपके स्वास्थ्य देखभाल के लिए भुगतान करने में मदद हो सकते हैं।

यदि आप अबीमाकृत हैं, तो मुफ्त या रियायती देखभाल के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए एक सामाजिक सुरक्षा संख्या की आवश्यकता नहीं है। हालांकि, मेडिकेड सहित कुछ सार्वजनिक कार्यक्रमों के लिए एक सामाजिक सुरक्षा संख्या की आवश्यकता है। एक सामाजिक सुरक्षा संख्या प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है, लेकिन अस्पताल को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि आप किसी भी सार्वजनिक कार्यक्रम के लिए अर्हता प्राप्त करते हैं या नहीं। कृपया इस फार्म को पूरा करें और इसे व्यक्तिगत रूप से, मेल द्वारा, इलेक्ट्रॉनिक मेल द्वारा, या फैक्स द्वारा डिस्चार्ज होने या आउट पेशेंट देखभाल की रसीद प्राप्त की तारीख के बाद २४० दिनों के भीतर मुफ्त या रियायती देखभाल के लिए आवेदन करने के लिए प्रस्तुत करें। रोगी स्वीकार करता है कि वह या वह एक अच्छा विश्वास करने के लिए आवेदन में अनुरोध की सभी जानकारी प्रदान करने के लिए निर्धारित है कि रोगी वित्तीय सहायता के लिए पात्र है में NMHC सहायता का प्रयास किया है।

यदि आप अबीमाकृत हैं और विशिष्ट प्रकल्पित पात्रता मानदंडों को पूरा करते हैं, तो आपको इस आवेदन को पूरा करने की आवश्यकता नहीं है।

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> बेघरपन | कम आय वाले व्यक्तियों के लिए सहायता कार्यक्रमों में नामांकन: |
| <input type="checkbox"/> बिना संपत्ति के मृतक | <input type="checkbox"/> महिलाओं, शिशुओं और बच्चों के पोषण कार्यक्रम (WIC) |
| <input type="checkbox"/> रोगी की ओर से कार्रवाई करने के लिए कोई भी साथ न होने की मानसिक अक्षमता | <input type="checkbox"/> पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (स्नैप) |
| <input type="checkbox"/> मेडिकेड पात्रता, लेकिन सेवा की तारीख नहीं | <input type="checkbox"/> इलिनोइस मुफ्त दोपहर का भोजन और नाश्ता कार्यक्रम (LIHEAP) |

| आवेदक | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| आवेदक का नाम | | सामाजिक सुरक्षा # | जन्म तिथि |
| घर का पता | शहर | राज्य | ज़िप |
| घर का फोन नम्बर | सेल फोन नम्बर | ईमेल पता | |
| संपर्क की पसंदीदा विधि | <input type="checkbox"/> अमेरिकी मेल | <input type="checkbox"/> ईमेल | <input type="checkbox"/> होम फोन |
| | <input type="checkbox"/> सेल फोन | <input type="checkbox"/> मैं बेघर हूँ | वार्षिक घरेलू आय |
| आवेदक की वैवाहिक स्थिति | <input type="checkbox"/> शादीशुदा | <input type="checkbox"/> एकल | <input type="checkbox"/> अलग |
| | <input type="checkbox"/> तलाकशुदा | <input type="checkbox"/> विधवा | # आपके घर में व्यक्तियों की (जैसा कि आपके करों पर बताया गया है) |
| रोजगार की स्थिति | <input type="checkbox"/> कार्यरत | <input type="checkbox"/> कार्यरत | <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त |
| | <input type="checkbox"/> अक्षम | <input type="checkbox"/> बेरोजगार - अंतिम तिथि काम किया: _____ | |
| नियोक्ता का नाम | | फोन नंबर | |
| नियोक्ता का पता | शहर | राज्य | ज़िप |
| नियोक्ता द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य बीमा योजना का नाम (कोबरा सहित) | | | <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य बीमा प्रदान नहीं किया गया |

| जीवनसाथी/साथी/माता पिता/गारंटर (जब लागू हो) | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| संबंध | <input type="checkbox"/> जीवनसाथी | <input type="checkbox"/> साथी |
| | <input type="checkbox"/> जनक | <input type="checkbox"/> गारंटी |
| | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ | |
| नाम | सामाजिक सुरक्षा # | जन्म तिथि |

रोगी का नाम: _____

एमआरएन: _____

| | | | | |
|---|--|-----|--|------|
| रोजगार की स्थिति <input type="checkbox"/> कार्यरत <input type="checkbox"/> कार्यरत <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> अक्षम <input type="checkbox"/> बेरोजगार - अंतिम तिथि काम किया: _____ | | | | |
| नियोक्ता का नाम | | | फोन नंबर | |
| नियोक्ता का पता | | शहर | राज्य | ज़िप |
| नियोक्ता द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य बीमा योजना का नाम (कोबरा सहित) | | | <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य बीमा प्रदान नहीं किया गया | |

| बीमा कवरेज | | |
|---|-----------|-------------|
| 1. क्या आप विदेशी कवरेज, स्वास्थ्य बीमा बाजार, बुजुर्गों के लाभ, मेडिकेड और मेडिकेयर सहित किसी भी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए कवर या पात्र हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं | | |
| a. यदि हां, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी प्रदान करें: | | |
| पॉलिसी धारक | बीमाकर्ता | पॉलिसी नंबर |
| पॉलिसी धारक | बीमाकर्ता | पॉलिसी नंबर |

| प्रश्नावली | |
|--|--|
| 1. आप एक इलिनोइस निवासी थे जब आपने अपनी देखभाल प्राप्त की? | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| 2. आप एक अमेरिकी वीजा पर इलिनोइस में रहने वाले एक विदेशी नागरिक हैं? | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| a. यदि हां, वीजा किस प्रकार का है? _____ | |
| 3. क्या आप हमारे आपातकालीन कक्ष में प्राप्त देखभाल के लिए वित्तीय सहायता की मांग कर रहे हैं? | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| 4. यदि आप तलाक़शुदा या अलग हैं, तो क्या आपका पूर्व जीवनसाथी/साथी संबंध विच्छेद या जुदाई समझौते के अनुसार चिकित्सा देखभाल के लिए आर्थिक रूप से जिम्मेदार है? | <input type="checkbox"/> उपलब्ध नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| 5. क्या उपचार निम्नलिखित में से किसी से संबंधित प्रदान किया गया है? | <input type="checkbox"/> दुर्घटना <input type="checkbox"/> अपराध <input type="checkbox"/> कार्यस्थल चोट <input type="checkbox"/> अन्य: _____ |
| 6. आपने वकील रखा है या आप अपनी चोट या बीमारी के लिए दावा कर रहे हैं? | <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |
| a. यदि हां, तो कृपया प्रदान करें: | |
| _____ | _____ |
| अटार्नी नाम | अटार्नी फोन नंबर |
| 7. क्या आपने पहले ही मेडिकेड के लिए आवेदन किया है? (हमें यह आवश्यक हो सकता है कि आप ऐसा करें) <input type="checkbox"/> हां - अनुमोदन का इंतजार <input type="checkbox"/> हां - पात्र नहीं <input type="checkbox"/> नहीं | |
| a. यदि नहीं, तो कृपया नीचे दिए गए सभी लोगों की जांच करें: | |
| <input type="checkbox"/> आप 19 साल या उससे छोटे हैं | <input type="checkbox"/> आप 65 साल या उससे अधिक उम्र के हैं |
| <input type="checkbox"/> आप मधुमेह, उच्च रक्तचाप, या दौरे को नियंत्रित करने के लिए दवा ले रहे हैं | <input type="checkbox"/> आप सामाजिक सुरक्षा प्रशासन द्वारा निर्धारित के रूप में विकलांग हैं |
| | <input type="checkbox"/> आप अंधे हैं |
| | <input type="checkbox"/> आप गर्भवती हैं |
| | <input type="checkbox"/> आप के साथ रहने वाले 19 वर्ष से कम आयु के बच्चे हैं |

रोगी का नाम: _____

एमआरएन: _____

| संपत्ति | |
|--|--|
| <p>1. गुण. कृपया किसी भी संपत्ति के बारे में जानकारी प्रदान करें (<i>इमारतों और/या भूमि</i>) कि आप खुद आपके प्राथमिक निवास के अलावा.</p> <p>a. संपत्ति पर बकाया राशि को घटाकर सभी इमारतों और भूमि का मूल्य क्या है? \$ _____ <input type="checkbox"/> उपलब्ध नहीं</p> <p style="margin-left: 20px;">i. क्या इस संपत्ति का उपयोग आय <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं के रूप में किया जाता है?</p> <p>b. संपत्ति पर ऋण राशि घटाकर भूमि का मूल्य क्या है (इमारतों के बिना)? \$ _____ <input type="checkbox"/> उपलब्ध नहीं</p> <p style="margin-left: 20px;">i. क्या इस संपत्ति का उपयोग आय <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं के रूप में किया जाता है?</p> | |
| <p>2. बैंक खाते/निवेश। कृपया निम्नलिखित में से प्रत्येक के लिए कुल वर्तमान शेष राशि सूचीबद्ध करें।</p> <p>a. चेकिंग/बचत/क्रेडिट यूनियन खातों: \$ _____ <input type="checkbox"/> उपलब्ध नहीं</p> <p>b. अन्य निवेश (<i>बांड, स्टॉक आदि। छोड़कर ड्रा और/या सेवानिवृत्ति खातों</i>): \$ _____ <input type="checkbox"/> उपलब्ध नहीं</p> | |

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस एप्लिकेशन में जानकारी मेरे ज्ञान का सबसे अच्छा करने के लिए सही है। मैं किसी भी राज्य, संघीय, या स्थानीय सहायता के लिए आवेदन करूँगे जिसके लिए मैं इस अस्पताल के बिल के लिए भुगतान में मदद करने के लिए पात्र हो सकता हूँ। मैं समझता हूँ कि प्रदान की गई जानकारी को एनएमएससी द्वारा सत्यापित किया जा सकता है, और मैं इस आवेदन में प्रदान की गई जानकारी की सटीकता को सत्यापित करने के लिए तीसरे पक्ष से संपर्क करने के लिए एनएमएससी को अधिकृत करता हूँ। मैं समझता हूँ कि यदि मैं जानबूझकर इस आवेदन में असत्य जानकारी प्रदान करता हूँ, या यदि आवेदन में अन्यथा सामग्री त्रुटि या चूक होती है, तो मैं वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य हो जाऊँगा, और मुझे दी गई किसी भी वित्तीय सहायता को उलट दिया जा सकता है और मैं विधेयक के भुगतान के लिए उत्तरदायी होगा।

आवेदक हस्ताक्षर

जीवनसाथी /साथी/माता पिता/गारंटर के हस्ताक्षर (जब लागू हो)

दिनांक:

दिनांक:

कृपया पूर्ण आवेदन वापस करें और दस्तावेजों का समर्थन करें:

नॉर्थवेस्टर्न मेमोरियल हेल्थकेयर

ध्यान: वित्तीय परामर्श

675 उत्तर सेंट क्लेयर, 2-110

शिकागो, आईएल 60611

312.926.6906 या 800.423.0523 टेलीफोन

312.694.0447 फैक्स

finapps@nm.org

रोगी का नाम: _____

एमआरएन: _____

वित्तीय सहायता के लिए आवश्यक सहायक दस्तावेज

कृपया नीचे मांगे गए दस्तावेज उपलब्ध कराएं। आपके आवेदन में देरी होगी या इस घटना में इनकार कर दिया जाएगा कि आवश्यक दस्तावेजों में से कोई भी शामिल नहीं है। यदि आप दस्तावेज प्रदान नहीं कर सकते हैं, तो कृपया स्पष्टीकरण पत्र प्रदान करें।

प्राथमिक दस्तावेज:

- कर दस्तावेज: अपने सबसे हाल ही में संघीय कर रिटर्न और W-2 या आईआरएस फार्म 4506-टी प्रदान करें: टैक्स रिटर्न की ट्रांसक्रिप्ट के लिए अनुरोध करें।
- वैध सरकार द्वारा जारी फोटो आईडी:
 - ड्राइवर का लाइसेंस, पासपोर्ट आदि।
- इलिनोइस रेजिडेंसी का सबूत: प्रदान कम से कम एक निम्नलिखित दस्तावेजों की।
 - वैध राज्य जारी फोटो आईडी या ड्राइवर का लाइसेंस
 - एक इलिनोइस पते के साथ हाल ही में उपयोगिता बिल
 - आईएल वोटर रजिस्ट्रेशन कार्ड
 - वर्तमान मेल एक सरकार या अंय विश्वसनीय स्रोत से आवेदक को संबोधित
 - बेघर आश्रय से पत्र
- आय का प्रमाण: नीचे सूचीबद्ध सभी लागू दस्तावेज उपलब्ध कराएं।
 - अपने दो सबसे हाल ही में बेरोजगारी की जांच या स्टब्स की प्रतियां
 - आपके दो एकदम हालिया नियोक्ता के चेक या स्टब की कॉपियां
 - आपके दो एकदम हालिया सामाजिक सुरक्षा चेक या स्टब की कॉपियां
- परिसंपत्तियों का प्रमाण: सभी जांच, बचत, और क्रेडिट यूनियन खातों के लिए अपने दो सबसे हाल के बयान प्रदान करें।
- पूर्ण और हस्ताक्षरित आवेदन

पूरक/अन्य दस्तावेज:

- गैर-मजदूरी आय का प्रमाण: निम्नलिखित लागू दस्तावेज प्रदान करें, केवल यदि आपने पिछले कैलेंडर वर्ष के लिए कर रिटर्न सबमिट नहीं किया है या यदि निम्नलिखित आय स्रोतों में से कोई भी इस कैलेंडर वर्ष और पिछले कैलेंडर वर्ष के बीच भिन्न होगा।
 - गुजारा भत्ता आय का विवरण
 - व्यावसायिक आय का विवरण
 - सेवानिवृत्ति या पेंशन आय का विवरण

रोगी का नाम: _____

एमआरएन: _____

- यदि शादी या सिविल यूनियन में: अपने पति या पत्नी/साथी के बारे में निम्नलिखित लागू दस्तावेज प्रदान करें
 - आय और गैर-मजदूरी आय का प्रमाण (जैसा कि ऊपर वर्णित है)
 - संघीय कर रिटर्न और W-2 या आईआरएस फार्म 4506-टी: टैक्स रिटर्न की ट्रांसक्रिप्ट के लिए अनुरोध करें।
 - सभी चेकिंग, बचत और क्रेडिट यूनियन अकाउन्ट्स के लिए एकदम हालिया स्टेटमेंट
- पूरक/अन्य (यदि लागू हो):
 - यदि कोई विदेशी नागरिक, तो आपके पासपोर्ट और संयुक्त राज्य अमेरिका वीजा की प्रति
 - स्वास्थ्य बीमा कार्ड (कृपया सामने और पीछे की प्रतिलिपि)
 - मेडिकेड अनुमोदन/इनकार पत्र
 - समर्थन पत्र (यानी यदि आपके रहने के खर्च किसी अन्य पार्टी द्वारा भुगतान किया जा रहा है)