

वित्तीय सहायता आवेदन पत्र

मरीज़ का नाम _____

MRN _____

आपको मुफ्त या रियायती देखभाल मिल सकती है।

यह निर्धारित करने में नॉर्थवेस्टर्न मेमोरियल हेल्थकेयर (NMHC) की मदद करने के लिए इस आवेदन को पूरा करें कि क्या आप यह प्राप्त कर सकते हैं:

- मुफ्त या रियायती सेवाएं
- अन्य सार्वजनिक कार्यक्रम जो आपके स्वास्थ्य देखभाल के भुगतान में मदद कर सकते हैं

यदि आपके पास स्वास्थ्य बीमा नहीं हैं: आपको मुफ्त या रियायती देखभाल पाने के लिए सामाजिक सुरक्षा नंबर की आवश्यकता नहीं है।

मेडिकेड सहित कुछ सार्वजनिक कार्यक्रमों के लिए सामाजिक सुरक्षा नंबर आवश्यक है। आपको सामाजिक सुरक्षा नंबर देना अनिवार्य नहीं है, लेकिन ऐसा करने से NMHC को यह निर्धारित करने में मदद मिलेगी कि क्या आप किसी सार्वजनिक कार्यक्रम के लिए पात्र हैं।

इस फॉर्म को पूरा करें और इसे **सभी** आवश्यक सहायक दस्तावेजों के साथ व्यक्तिगत रूप से या डाक, ईमेल या फैक्स द्वारा जमा करें। आपको अस्पताल से छुट्टी मिलने या आउटपेशेंट देखभाल प्राप्त करने के 240 दिनों के भीतर एक पूरा आवेदन और सहायक दस्तावेज़ जमा करने होंगे।

आप स्वीकार करते हैं कि आपने छुट्टी मिलने की तारीख या आउटपेशेंट देखभाल प्राप्त करने की तारीख के 240 दिनों के भीतर मुफ्त या रियायती देखभाल के लिए सद्भावनापूर्वक आवेदन करने का प्रयास किया। आप स्वीकार करते हैं कि आपने इस आवेदन में मांगी गई सभी जानकारी देने का सद्भावनापूर्वक प्रयास किया है ताकि NMHC को यह निर्धारित करने में मदद मिल सके कि आप वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं या नहीं।

यदि आपके पास स्वास्थ्य बीमा नहीं हैं और आप कुछ मानदंडों को पूरा करते हैं: तो आपको यह आवेदन पूरा करने की आवश्यकता नहीं है।

- आप बेघर हैं।
 मरीज़ का निधन हो गया है, और उनका कोई जीवनसाथी/संपदा नहीं है।
 आप अपने निर्णय स्वयं लेने में असमर्थ हैं (मानसिक अक्षमता) और आपकी ओर से कार्य करने वाला कोई नहीं है।
 आप मेडिकेड के लिए पात्र हैं, लेकिन सेवा की तारीख पर कवरेज उपलब्ध नहीं था।

- इनमें से उन सभी कार्यक्रमों का चयन करें जिनमें आप नामांकित हैं।
 महिला, शिशु और बाल पोषण कार्यक्रम (WIC)
 पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (SNAP)
 इलिनॉय मुफ्त दोपहर और सुबह के भोजन का कार्यक्रम
 इलिनॉय गृह ऊर्जा सहायता कार्यक्रम (LIHEAP)

आपकी जानकारी			
नाम	सामाजिक सुरक्षा नंबर		जन्म तिथि (महीना/दिन/वर्ष)
घर का पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड
घर का फ़ोन नंबर	मोबाइल फ़ोन नंबर <input type="checkbox"/> में बेघर हूँ		
संपर्क का पसंदीदा तरीका	वार्षिक घरेलू आय		
<input type="checkbox"/> US डाक द्वारा <input type="checkbox"/> ईमेल <input type="checkbox"/> घर का फ़ोन <input type="checkbox"/> मोबाइल फ़ोन			
वैवाहिक स्थिति	आपके परिवार में लोगों की संख्या (जैसा कि आपके टैक्स में बताया गया है):		
<input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> अलग रहते हैं <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> विधवा या विधुर			
रोज़गार की स्थिति			
<input type="checkbox"/> नौकरीपेशा <input type="checkbox"/> स्वरोज़गारी <input type="checkbox"/> सेवानिवृत <input type="checkbox"/> विकलांग <input type="checkbox"/> बेरोज़गार (काम छोड़ने की अंतिम 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 स्वास्थ्य बीमा योजना नहीं प्रदान करते।		

वित्तीय सहायता आवेदन पत्र

मरीज का नाम _____ MRN _____

बीमा कवरेज

क्या आप किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अंतर्गत आते हैं या उसके लिए पात्र हैं, जिसमें शामिल हैं:

- अंतर्राष्ट्रीय/यात्रा स्वास्थ्य बीमा
 - हेल्थ इंश्योरेंस मार्केटप्लेस योजनाएं
 - पूर्व सैनिकों के लाभ
 - मेडिकेड
 - मेडिकेयर
- हाँ नहीं

यदि आपने हाँ में उत्तर दिया है, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी दें:

योजना खरीदने वाले व्यक्ति का नाम (पॉलिसीधारक):	बीमाकर्ता	पॉलिसी नंबर
योजना खरीदने वाले व्यक्ति का नाम (पॉलिसीधारक):	बीमाकर्ता	पॉलिसी नंबर

जीवनसाथी, साथी, माता-पिता या गारंटर (जहां लागू हो)

रिश्ता			
<input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> साथी <input type="checkbox"/> माता-पिता <input type="checkbox"/> गारंटर <input type="checkbox"/> अन्य _____			
नाम	सामाजिक सुरक्षा नंबर	जन्म तिथि (महीना/दिन/वर्ष)	
रोजगार की स्थिति			
<input type="checkbox"/> नौकरीपेशा <input type="checkbox"/> स्वरोजगारी <input type="checkbox"/> सेवानिवृत <input type="checkbox"/> विकलांग <input type="checkbox"/> बेरोजगार (काम छोड़ने की अंतिम तिथि जोड़ें)			
नियोक्ता का नाम	फोन 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		

वित्तीय सहायता आवेदन पत्र

मरीज का नाम _____ MRN _____

प्रश्नावली			
1. क्या आप अपनी देखभाल प्राप्त करते समय इलिनॉय में रहते थे?	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	
2. क्या आप एक विदेशी नागरिक (अमेरिकी नागरिक नहीं) हैं जो अमेरिकी वीजा पर इलिनॉय में रह रहे हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	
A. यदि हाँ, तो किस प्रकार का वीजा है? _____			
3. क्या आप हमारे आपातकालीन विभाग में प्राप्त देखभाल के लिए वित्तीय मदद चाहते हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	
4. यदि आप तलाकश्दा हैं या अलग रहते हैं: क्या तलाक या अलगाव समझौते के अनुसार आपका पूर्व जीवनसाथी/साथी चिकित्सा देखभाल के लिए आर्थिक रूप से ज़िम्मेदार है?	<input type="checkbox"/> लागू नहीं	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं
5. क्या आपकी देखभाल निम्नलिखित में से किसी से संबंधित थी?	<input type="checkbox"/> दुर्घटना <input type="checkbox"/> अपराध <input type="checkbox"/> कार्यस्थल पर चोट <input type="checkbox"/> अन्य _____		
6. क्या आपने अपनी चोट या बीमारी के लिए कोई वकील किया है या दावा कर रहे हैं?	<input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> नहीं	
A. यदि आपने हाँ में उत्तर दिया है, तो कृपया प्रदान करें:			
वकील का नाम	वकील का फ़ोन नंबर		
7. क्या आपने पहले ही मेडिकेड के लिए आवेदन कर दिया है? हम आपसे ऐसा करने के लिए कह सकते हैं।	<input type="checkbox"/> हाँ - मंजूरी की प्रतीक्षा है	<input type="checkbox"/> हाँ - पात्र नहीं	<input type="checkbox"/> नहीं
A. यदि आपने नहीं में उत्तर दिया है, तो कृपया उन सभी पर निशान लगाएं जो लागू होते हैं:			
<input type="checkbox"/> आपकी उम्र 19 वर्ष या उससे कम है। <input type="checkbox"/> आपकी उम्र 65 वर्ष या उससे अधिक है। <input type="checkbox"/> आप दृष्टिहीन हैं।	<input type="checkbox"/> आप मध्यमेह, उच्च रक्तचाप या दौरे को नियंत्रित करने के लिए दवा ले रहे हैं। <input type="checkbox"/> आप सामाजिक सुरक्षा प्रशासन द्वारा निर्धारित अनुसार विकलांग हैं।	<input type="checkbox"/> आप गर्भवती हैं। <input type="checkbox"/> आपके साथ 19 वर्ष से कम उम्र के बच्चे रहते हैं।	

परिसंपत्तियां		
1. संपत्ति: कृपया आपके स्वामित्व वाली किसी भी इमारत या ज़मीन के बारे में जानकारी दें जो आपके रहने का मूल्य स्थान नहीं है।		
A. सभी इमारतों और ज़मीन का मूल्य, उस पर बकाया राशि को घटाकर, क्या है? \$ _____	<input type="checkbox"/> लागू नहीं	
I. क्या इस संपत्ति का उपयोग पैसा कमाने के लिए किया जाता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
B. ज़मीन का मूल्य (इमारतों के बिना), उस पर बकाया राशि को घटाकर, क्या है? \$ _____	<input type="checkbox"/> लागू नहीं	
I. क्या इस संपत्ति का उपयोग पैसा कमाने के लिए किया जाता है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
2. बैंक खाते और निवेश: कृपया निम्नलिखित में से प्रत्येक में कल राशि बताएं।		
A. चालू खाते, बचत खाते और क्रेडिट यूनियन खाते: \$ _____	<input type="checkbox"/> लागू नहीं	
B. अन्य निवेश, जैसे बॉन्ड और स्टॉक। किसी भी प्रकार के सेवानिवृत्ति खाते को शामिल न करें। \$ _____	<input type="checkbox"/> लागू नहीं	

हस्ताक्षर करके, मैं सहमत हूँ कि:

- मैं इस बिल का भुगतान करने में मदद के लिए किसी भी राज्य, संघीय या स्थानीय सहायता के लिए आवेदन करूँगा/करूँगी जिसके लिए मैं पात्र हो सकता/सकती हूँ।
- मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार इस आवेदन में दी गई जानकारी सत्य और सही है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि NMHC इस जानकारी की पुष्टि कर सकता है।
- NMHC इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई जानकारी की जांच के लिए तीसरे पक्षों से संपर्क कर सकता है।

मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैंने जानबूझकर गलत जानकारी दी है, यदि आवेदन में कोई महत्वपूर्ण गलती है, या यदि कुछ महत्वपूर्ण छोड़ दिया गया है, तो:

- मैं वित्तीय मदद के लिए पात्र नहीं रहूँगा/रहूँगी।
- मुझे दी गई कोई भी वित्तीय सहायता वापस ली जा सकती है।
- बिल का भुगतान करने के लिए मैं ज़िम्मेदार रहूँगा/रहूँगी।

समय _____ तारीख _____ आवेदक के हस्ताक्षर _____

समय _____ तारीख _____

जीवनसाथी साथी माता-पिता/गारंटर (एक चुनें) के हस्ताक्षर (जहां लागू हो) _____

कृपया पूरा आवेदन पत्र और कोई भी सहायक दस्तावेज़ यहां भेजें:

Northwestern Memorial HealthCare

ध्यानार्थ: वित्तीय परामर्श

675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

फ़ोन: 312.926.6906 या 800.423.0523

फैक्स: 312.694.0447

finapps@nm.org

वित्तीय सहायता आवेदन पत्र

मरीज का नाम _____ MRN _____

वित्तीय सहायता के लिए आवश्यक सहायक दस्तावेज़

यदि आप सभी आवश्यक दस्तावेज़ शामिल नहीं करते हैं तो आपके आवेदन में देरी हो सकती है या उसे अस्वीकार किया जा सकता है। यदि आप कोई आवश्यक दस्तावेज़ प्रदान नहीं कर सकते हैं, तो कारण बताते हुए एक पत्र प्रदान करें।

आवश्यक दस्तावेज़

इलिनॉय निवास का सत्यापन:

- निम्नलिखित में से कम से कम एक दस्तावेज़:

- राज्य द्वारा जारी वैध पहचान पत्र की एक प्रति
- इलिनॉय पते के साथ हाल का आवासीय उपयोगिता बिल
- आपके इलिनॉय मतदाता पंजीकरण कार्ड की एक प्रति
- किसी सरकारी या अन्य विश्वसनीय स्रोत से आपके वर्तमान पते पर आई डाक
- बेघर आश्रय, अस्थायी घर या इसी तरह की अन्य सुविधा से पत्र जो यह सत्यापित करता हो कि आप उस सुविधा में रहते हैं
- आपके इलिनॉय वाहन पंजीकरण कार्ड की एक प्रति
- एक अस्थायी आगंतुक का ड्राइवर लाइसेंस
- लीज़ का समझौता
- एक ही पते पर रहने वाले परिवार के किसी सदस्य का बयान जो निवास का सत्यापन प्रस्तुत करता है
- नीचे "वित्तीय दस्तावेज़" अनुभाग में सूचीबद्ध दस्तावेज़ों में से एक

वित्तीय दस्तावेज़:

- निम्नलिखित में से कम से कम एक दस्तावेज़:

- आपके सबसे हाल के टैक्स रिटर्न की एक प्रति
- आपके सबसे हाल के W-2 और 1099 फॉर्म की एक प्रति
- आपके नियोक्ता के दो सबसे हाल के चेक या वेतन पर्ची की प्रतियां
- आपकी दो सबसे हाल की बेरोज़गारी चेक या वेतन पर्ची की प्रतियां
- यदि नकद में भुगतान किया जाता है तो नियोक्ता से आय का लिखित सत्यापन

यदि आप विवाहित हैं या सिविल यूनियन में हैं, तो कृपया उपरोक्त में से कम से कम एक दस्तावेज़ प्रदान करें जो आपके जीवनसाथी या साथी पर लागू हो।

पूरा किया हुआ और हस्ताक्षरित आवेदन पत्र।

अन्य दस्तावेज़

• यदि आपने पिछले साल के लिए टैक्स रिटर्न जमा नहीं किया है या यदि आपकी गुजारा भत्ता, व्यवसाय, सेवानिवृत्ति या पेंशन आय पिछले साल से अलग होगी: तो नीचे दिए गए गैर-वेतन दस्तावेज़ प्रदान करें जो आप पर लागू होते हैं।

- गुजारा भत्ता आय का विवरण
- व्यावसायिक आय का विवरण
- सेवानिवृत्ति या पेंशन आय का विवरण
- यदि आप एक विदेशी नागरिक हैं (अमेरिकी नागरिक नहीं):
- अपने पासपोर्ट और अमेरिकी वीज़ा की एक प्रति जमा करें