

**A** अस्पताल या क्लिनिक का स्थान: कृपया उस स्थान (स्थानों) को चुनें जहाँ रोगी ने देखभाल प्राप्त की थी (या प्राप्त करेगा)

- Henry Ford Hospital                       HF Kingswood Hospital                       HF Macomb Hospital  
 HF Medical Centers                       HF West Bloomfield Hospital                       HF Allegiance Hospital  
 HF Wyandotte Hospital या HF Health Center Brownstown                       अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें ( \_\_\_\_\_ )

**B** रोगी की जानकारी: कृपया देखभाल प्राप्त करने वाले रोगी के संबंध में इस अनुभाग को पूरा करें

रोगी का नाम: \_\_\_\_\_ जन्म की तारीख: \_\_\_\_\_  
 सामाजिक सुरक्षा संख्या: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ गारंटर आईडी: \_\_\_\_\_

**C** जिम्मेदार पक्ष (गारंटर): कृपया चिकित्सा बिल का भुगतान करने वाले व्यक्ति के संबंध में इस अनुभाग को पूरा करें

जिम्मेदार पक्ष का नाम: \_\_\_\_\_ रोगी के साथ संबंध: \_\_\_\_\_  
 (यदि अलग हो तो अनुभाग B को भरें)  
 गली (स्ट्रीट) का पता: \_\_\_\_\_ टेलीफोन: \_\_\_\_\_  
 शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ जिले: \_\_\_\_\_ देश: \_\_\_\_\_  
 नियोक्ता: \_\_\_\_\_  पूर्णकालिक  अंशकालिक कार्यस्थल फोन: \_\_\_\_\_

**D** स्वास्थ्य बीमा पात्रता सत्यापन

<p>1. क्या आपने Medicare या Medicaid के लिए आवेदन किया है या आपको वंचित किया गया है?</p> <p>1अ. Medicare भाग अ 1ब. Medicare भाग ब 1स. Medicare भाग स 1द. Medicaid</p> <p>यदि आपको Medicaid से मना किया गया था, तो क्या मना विगत 90 दिनों के अंदर किया गया था?</p>	<p><input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ  <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ  <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ  <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ</p> <p><input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ</p>	<p>4. क्या आपका नियोक्ता या आपके पति या पत्नी का नियोक्ता समूह स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध कराता है?</p> <p>4अ. क्या आपको अपने नियोक्ता के माध्यम से पिछले 3 से 6 महीनों में कवरेज प्राप्त हुआ?</p> <p>यदि हाँ, तो क्या COBRA उपलब्ध है?</p>	<p><input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ  <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ  <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ</p>
<p>2. क्या आप नीचे वर्णित सेवाओं के लिए वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर रहे हैं:</p> <p>2अ. मोटर वाहन दुर्घटना (Motor Vehicle Accident, MVA) 2ब. अपराध पीड़ित 2स. श्रमिक म्आवजा 2द. अन्य चोट (जैसे फिसलना और गिरना)</p>	<p><input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ  <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ  <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ  <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ</p>	<p>5. क्या आपके पास कोई दूसरा स्वास्थ्य बीमा है?</p> <p>यदि हाँ, तो कृपया बीमा की जानकारी दें:</p> <p>6. क्या आप एक स्थायी निवासी हैं जो Henry Ford Health System सेवा क्षेत्र के भीतर निवास करते हैं?</p>	<p><input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ  <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ</p>

E

परिवार के सदस्य और परिवार की रोजगार से आय

आपके परिवार में कुल कितने लोग हैं? \_\_\_\_\_

कृपया कमाने वाले परिवार के किसी भी सदस्य को सूचीबद्ध करें (यदि आवश्यक हो तो एक और पत्रक संलग्न करें):

परिवार के सदस्य का नाम	आवेदक के साथ संबंध	मासिक सकल आय (कटौती से पहले)
		\$
		\$
		\$
कुल मासिक सकल आय		\$

F

घरेलू अन्य आय (गैर-रोजगार)

आय के अन्य स्रोत	राशि प्रति माह
बाल सहायता/गुजारा भत्ता	\$
पालन पोषण संबंधी देखभाल, टाउनशिप ट्रस्टी, चर्च आय, आदि।	\$
पेंशन, सामाजिक सुरक्षा, सामाजिक सुरक्षा विकलांगता	\$
किराये की संपत्ति	\$
वार्षिक वृत्ति, ब्याज, सेवानिवृत्ति वितरण	\$
बेरोजगारी या श्रमिक मुआवजा	\$
अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)	\$
अन्य आय के कुल स्रोत	\$

G

घरेलू संपत्ति

संपत्ति का प्रकार	कुल
नगद	\$
बचत खाता	\$
चालू खाता	\$
स्टॉक	\$
बांड	\$
बचत बांड	\$
जमा - प्रमाणपत्र (Certificates of Deposit, CDs)	\$
मुद्रा बाजार खाता	\$
म्यूचुअल फंड्स	\$
ट्रस्ट	\$
कुल संपत्ति	\$

H

घरेलू मासिक खर्च

खर्च का प्रकार	राशि प्रति माह
किराया	\$
ऋण भुगतान	\$
बाल सहायता	\$
किराने का सामान	\$
वाहन का भुगतान	\$
सामान्य बिल	\$
<b>कुल मासिक खर्च:</b>	<b>\$</b>

I

प्राधिकरण

मैं, एतद्वारा, Henry Ford Health System (HFHS) को इस आवेदन में दी गई जानकारी को जारी करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ, ताकि HFHS नीतियों और प्रक्रियाओं के आलोक में वित्तीय सहायता के लिए मेरी योग्यता का निर्धारण किया जा सके। मैं HFHS को क्रेडिट ब्यूरो रिपोर्ट प्राप्त करने, रोजगार और/या आय की पुष्टि करने और उपयुक्त सहायक दस्तावेज प्राप्त करने सहित सभी जानकारी को आवश्यक रूप से सत्यापित करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ, हालाँकि यह जानकारी ऊपर वर्णित तथ्यों तक ही सीमित नहीं है। इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सभी जानकारी और आय से संबंधित दस्तावेज सही, सटीक और दिखाए गए तरीके से पूर्ण हैं। यदि किसी भी समय ऐसा पाया जाता है कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी गलत या असत्य थी, तो सभी वित्तीय सहायता उलट जाएगी, और मैं किसी भी और सभी बकाया शेष राशि के पूर्ण और तत्काल भुगतान के लिए जिम्मेदार होऊंगा/होउंगी। मैं किसी भी आंशिक वित्तीय सहायता छूट के बाद किसी भी राशि के लिए भुगतान करने की जिम्मेदारी स्वीकार करने के लिए सहमति देता/देती हूँ।

मुद्रित नाम: \_\_\_\_\_ रोगी के साथ संबंध: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

कृपया अपने आवेदन को वापस करने से पहले, पुष्टि करें कि आपने आपके अनुरोध को आगे बढ़ने के लिए आवश्यक सभी दस्तावेज पूरे किए हैं और उपलब्ध करा दिए हैं:

<input type="checkbox"/> हस्ताक्षर और तारीख सहित आवेदन के सभी पृष्ठों को अच्छी तरह से पूरा किया	<input type="checkbox"/> सबसे नवीनतम वर्ष की मजदूरी और कर विवरण (प्रपत्र W-2) और विविध आय (प्रपत्र 1099)	<input type="checkbox"/> परिवार के प्रत्येक सदस्य की वर्ष में अब तक की आय विवरण के साथ विगत 2 महीनों का वेतन प्रपत्र
<input type="checkbox"/> सबसे नवीनतम वर्ष के लिए संघीय आयकर रिटर्न (प्रपत्र 1040)	<input type="checkbox"/> वैध मिशिगन चालक लाइसेंस या मिशिगन राज्य पहचान पत्र की प्रति	<input type="checkbox"/> पिछले दो महीने के बैंक स्टेटमेंट: चालू/बचत खाता
<input type="checkbox"/> अन्य आय का प्रमाण (अर्थात किराए से आय, आदि)	<input type="checkbox"/> यदि आपके पास कवरेज है, तो चिकित्सा बीमा कार्ड की प्रतियां शामिल करें	<input type="checkbox"/> यदि आपने आवेदन किया था और मना कर दिया गया था, तो Medicaid मना करने वाले पत्र की एक प्रति शामिल करें

कृपया ध्यान दें कि आपके आवेदन का बेहतर मूल्यांकन करने के लिए व्यक्तिगत वित्तीय आवश्यकता के विवरण का अनुरोध किया जा सकता है।