



रोगी वित्तीय सहायता कार्यक्रम (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

A अस्पताल या क्लिनिक का स्थान: कृपया वह/वे स्थान चुनें, जहाँ रोगी की देखभाल की गई थी

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 HF चिकित्सा केंद्र HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital or HF Health Center Brownstown
 अन्य (कृपया बताएं: _____) Henry Ford Allegiance Health

B रोगी के बारे में जानकारी: कृपया देखभाल प्राप्त करने वाले रोगी से संबंधित इस भाग को पूरा करें

रोगी का नाम: _____ जन्म तिथि: _____
सोशल सिक्योरिटी नंबर: _____ MRN: _____ गारंटर की आईडी: _____

C जिम्मेदार पक्ष (गारंटर): कृपया चिकित्सा बिलों का भुगतान करने वाले व्यक्ति से संबंधित इस भाग को पूरा करें

जिम्मेदार पक्ष का नाम: _____ रोगी से संबंध: _____
(भाग B से भिन्न होने पर) _____
पता: _____ टेलीफोन: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____ काउंटी: _____
नियोक्ता: _____ पूर्णकालिक (फुल-टाइम) अंशकालिक (पार्ट-टाइम) कार्यालय का फोन नं.: _____

D स्वास्थ्य बीमा पात्रता सत्यापन

1. क्या आप Medicare के लिए पात्र हैं? 1a. Medicare भाग A 1b. Medicare भाग B	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	5. क्या आपका या आपके जीवनसाथी का नियोक्ता सामूहिक स्वास्थ्य बीमा (group health insurance) प्रदान करता है?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ
2. क्या आप Medicaid के लिए पात्र हैं?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	6. क्या आपको पिछले 3-6 महीनों में किसी नियोक्ता के माध्यम से कवरेज प्राप्त हुई थी?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ
3. क्या आप इनसे संबंधित सेवाओं के लिए वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर रहे हैं: 3a. Motor Vehicle Accident (मोटर वाहन दुर्घटना, MVA) 3b. अपराध के शिकार (Crime Victim) 3c. श्रमिक मुआवजा (Workers' Compensation) 3d. कोई अन्य चोट (उदा. फिसलना और गिरना)	<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	7. क्या आप Health Insurance Exchange के माध्यम से बीमा हेतु आवेदन करने के लिए पात्र हैं?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ
4. क्या आपका कोई अन्य स्वास्थ्य बीमा है? 4a. यदि हाँ, तो बीमा कंपनी का नाम बताएं:	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	8. क्या आप एक अमेरिकी नागरिक या कानूनी निवासी हैं?	<input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ

E घर के सदस्यों और घरेलू रोजगार की आय

आपके घर में कितने लोग हैं? _____

कृपया घर के किसी ऐसे सदस्य को सूचीबद्ध करें जिसकी कोई आय है (आवश्यक होने पर अतिरिक्त शीट संलग्न करें):

घर के सदस्य का नाम	आवेदक से संबंध	मासिक सकल आय (कटौती पूर्व)
		\$
		\$
		\$
	कुल मासिक सकल आय	\$



रोगी वित्तीय सहायता कार्यक्रम (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

F घर की अन्य आय (गैर-रोजगार)

आय के अन्य स्रोत	प्रति माह राशि
Child Support (बाल सहायता)	\$
पालक देखभाल, टाउनशिप ट्रस्टी, चर्च आय, आदि।	\$
पेंशन, सामाजिक सुरक्षा, सामाजिक सुरक्षा असमर्थता	\$
किराये की संपत्ति	\$
वार्षिक भत्ते, ब्याज, सेवानिवृत्ति वितरण (Retirement Distribution)	\$
बेरोजगारी या श्रमिक मुआवजा	\$
अन्य (कृपया बताएं)	\$
अन्य स्रोतों से कुल आय	\$

G घरेलू संपत्तियाँ

संपत्ति का प्रकार	कुल
नकद	\$
बचत खाता	\$
चालू खाता	\$
स्वास्थ्य/चिकित्सा बचत खाता	\$
चल संपत्तियाँ (उदा., स्टॉक, बॉन्ड, IRA, जमा प्रमाणपत्र)	\$
कुल संपत्तियाँ	\$

H अन्वृप्ति

मैं एतद्वारा Henry Ford Health System (HFHS) को HFHS नीतियों और प्रक्रियाओं के अनुसार वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता के निर्धारण हेतु इस आवेदन में शामिल जानकारी प्रकट करने का अधिकार प्रदान करता/करती हूँ। मैं HFHS को इस जानकारी के आवश्यकतानुसार सत्यापन के लिए अधिकृत करता/करती हूँ, जिसमें क्रेडिट ब्यूरो रिपोर्ट प्राप्त करना, रोजगार और/या आय का सत्यापन करना, तथा उचित सहायक दस्तावेज़ प्राप्त करना शामिल हो सकता है, लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है। मेरे द्वारा इस आवेदन में दी गई संपूर्ण जानकारी और आय संबंधित दस्तावेज़, जैसा कि दिखाया गया है, सही, सटीक और पूरे हैं। यदि किसी भी समय यह निर्धारित किया जाता है कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी असत्य या गलत थी, तो संपूर्ण वित्तीय सहायता वापस ले ली जाएगी, और मैं किसी भी प्रकार की बकाया राशि के पूर्ण और तुरंत भुगतान की जिम्मेदारी स्वीकार करूंगा/करूंगी। मैं आंशिक वित्तीय सहायता छूटों के बाद शेष बकाया राशि के भुगतान की जिम्मेदारी भी स्वीकार करता/करती हूँ।

स्पष्ट अक्षरों में नाम: _____ रोगी से संबंध: _____

हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

कृपया पुष्टि करें कि अपना आवेदन जमा कराने से पूर्व आपने:

<input type="checkbox"/> आवेदन के सभी पृष्ठ पूरे कर लिए हैं	<input type="checkbox"/> आय का प्रमाण या समर्थन पत्र शामिल कर लिया है	<input type="checkbox"/> अमेरिकी नागरिकता और/या कानूनी निवास का प्रमाण शामिल कर लिया है
<input type="checkbox"/> आवेदन पर हस्ताक्षर करके तिथि लिख दी है	<input type="checkbox"/> यदि आपका कवरेज है, तो स्वास्थ्य बीमा कार्ड की प्रतियाँ शामिल कर ली हैं	<input type="checkbox"/> यदि आपने आवेदन किया था और उसे अस्वीकार कर दिया गया था, तो Medicaid अस्वीकरण पत्र की प्रति शामिल कर ली है