



कृपया इस आवेदन को पूरा करें, इस पर हस्ताक्षर करें और निम्नलिखित आवश्यक दस्तावेजों के साथ इसे वापस करें:

- आय (वर्तमान में आपको प्राप्त होने वाले निम्नलिखित सभी दस्तावेजों सहित):
 - पिछले 2 वेतन पत्रों की कॉपी या वर्तमान कर वर्ष से W-2 फॉर्म की कॉपी, जिसमें घर में रहने वाले रोगी, रोगी के पति/पत्नी और/या रोगी के गारंटर (18 वर्ष से कम उम्र के बच्चों के माता-पिता/कानूनी अभिभावक) शामिल हैं।
 - यदि आप का स्वयं का रोज़गार है, तो आपके वर्तमान संघीय कर के फॉर्म 1040 की एक कॉपी।
 - सामाजिक सुरक्षा/सामाजिक सुरक्षा अक्षमता या किसी अन्य अतिरिक्त घरेलू आय का दस्तावेज़ीकरण।
- बंधक/किराया बिल की कॉपी या यदि घर अब गिरवी नहीं है तो संपत्ति कर विवरण की कॉपी।
- यदि आपने चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन किया है, तो आपके अनुमोदन या अस्वीकृति पत्र की एक कॉपी।

यदि आप ऊपर दिए गए किसी भी आवश्यक दस्तावेज़ की आपूर्ति करने में असमर्थ हैं, तो कृपया नीचे दिए गए पृष्ठ 3 पर FAF 116 फॉर्म भरें।

मरीज़ संबंधी जानकारी

अंतिम नाम:	पहला:	मध्य नाम:
सामाजिक सुरक्षा #:	जन्म की तारीख:	

गारंटर (कानूनी माता-पिता, अभिभावक, या मुख्तारनामा) यदि समान है तो रोगी भाग II पर जाएं; सभी फील्ड्स को पूरा करें।

अंतिम नाम:	पहला:	मध्य नाम:
सामाजिक सुरक्षा #:	जन्म की तारीख:	रोगी के साथ संबंध:

भाग II (रोगी/गारंटर की जानकारी)

सड़क का पता:	अपार्टमेंट:	
शहर:	राज्य:	ज़िप:
घर का फ़ोन: ()	मोबाइल फ़ोन: ()	वैवाहिक स्थिति:
नियोक्ता का नाम व पता:		
मासिक सकल आय: \$	मासिक शुद्ध आय: \$	
पद/शीर्षक:	वर्तमान रोज़गार की अवधि:	
क्या आप संयुक्त राज्य अमेरिका के कानूनी निवासी हैं: हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>		

पति या पत्नी

अंतिम नाम:	पहला:	मध्य नाम:
नियोक्ता का नाम/पता:	फ़ोन #:	
पद/शीर्षक:	रोज़गार की अवधि:	
मासिक सकल आय: \$	मासिक शुद्ध आय: \$	

परिवार संबंधी जानकारी (घर के सभी व्यक्तियों के नाम और जन्म तिथि, स्वयं या पति/पत्नी को छोड़कर)

नाम:	जन्म की तारीख:	रोगी के साथ संबंध:
नाम:	जन्म की तारीख:	रोगी के साथ संबंध:
नाम:	जन्म की तारीख:	रोगी के साथ संबंध:
नाम:	जन्म की तारीख:	रोगी के साथ संबंध:
नाम:	जन्म की तारीख:	रोगी के साथ संबंध:

अतिरिक्त पारिवारिक आय

चालू खाते की शेषराशि:	मासिक बेरोज़गारी राशि:
बचत खाते की शेषराशि:	मासिक सामाजिक सुरक्षा राशि:
सार्वजनिक सहायता/फ़ूड टिकट:	मासिक कर्मचारी मुआवज़ा राशि:
मासिक/वार्षिक पेंशन राशि:	अन्य कोई:

बंधक/किराया (बंधक/किराया भुगतान की कॉपी आवश्यक)

बंधक/किराया भुगतान:	
---------------------	--

स्वास्थ्य बीमा जानकारी (आपको प्राप्त चिकित्सा सहायता स्वीकृति या अस्वीकृति पत्र की कॉपी आवश्यक है)

कंपनी का नाम:	प्रभावी तिथि:
आपने चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन किया है: हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> कब:	
कहाँ:	केसवर्कर का नाम और फ़ोन #:
परिणाम/अस्वीकार करने का कारण:	

विकलांगता की जानकारी

क्या रोगी विकलांग है: हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	विकलांगता की अवधि:
चिकित्सक का नाम:	चिकित्सक का फ़ोन नंबर:

तृतीय पक्ष देयताएं (वाहन दुर्घटना, कर्मचारी मुआवज़ा, शारीरिक चोट, या अन्य क़ानूनी दावा)

वाहन दुर्घटना के कारण चोट/बीमारी	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>	दुर्घटना की तारीख:
आपके कार्यस्थल पर चोट लगी/बीमारी हुई?	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>	दुर्घटना की तारीख:
अपराध के परिणामस्वरूप चोट/बीमारी?	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>	दुर्घटना की तारीख:
क़ानूनी कार्रवाई के परिणामस्वरूप चोट/बीमारी?	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>	दुर्घटना की तारीख:

जब तक भुगतान के सभी माध्यम समाप्त नहीं हो जाते, तब तक तृतीय पक्ष देयता दावे वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य हैं। किसी भी तृतीय पक्ष के देयता दावे से संबंधित जानकारी का खुलासा करने में विफल रहने पर रोगी को वित्तीय सहायता के लिए अयोग्य माना जाएगा।

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने इस आवेदन की जांच की है और जहां तक मेरी जानकारी है, इसमें या अन्यथा UMMS को प्रदान की गई सभी जानकारी सत्य, सही और पूर्ण है। मैं समझता/समझती हूँ कि इस जानकारी की गलत तरीके से व्याख्या करने पर मुझे प्रदान की जाने वाली कोई भी वित्तीय सहायता रद्द की जा सकती है और तब सभी चिकित्सा शुल्कों की ज़िम्मेदारी मुझ पर होगी। इस अनुरोध पर हस्ताक्षर करके और सबमिट करके, मैं UMMS और इसकी सुविधा अभ्यास को वित्तीय सहायता की अपनी आवश्यकता निर्धारित करने सहित अपनी क्रेडिट फ़ाइल की समीक्षा की अनुमति देता/देती हूँ। मैं UMMS को अपने चिकित्सक बिल में सहायता के उत्तर में अपनी वित्तीय स्थिति का मूल्यांकन करने के उद्देश्य से University Physicians Inc. को यह जानकारी जारी करने या प्रकट करने की अनुमति भी देता/देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि यह मेरी ज़िम्मेदारी है कि जब तक यह आवेदन प्रक्रिया में है, मेरी आय या संपत्ति की स्थिति में होने वाले किसी भी बदलाव के बारे में मैं UMMS को सूचित करूँ।

रोगी/गारंटर के हस्ताक्षर (आवश्यक)

तारीख

पति या पत्नी के हस्ताक्षर (आवश्यक)

तारीख

यदि आपके कोई प्रश्न हैं या इस आवेदन को पूरा करने में सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया वित्तीय सहायता विभाग को कॉल करें।

(410) 821-4140, एक्सटेंशन 2003, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 - शाम 4:30।

आप आवश्यक दस्तावेजों के साथ इस आवेदन को मेल, इमेल या फ़ैक्स कर सकते हैं:

डाक: UMMS
11311 McCormick Road, Suite 230
Hunt Valley, MD 21031
CBOService@umm.edu
इमेल:
फ़ैक्स: 410-630-5341

जीवनयापन, वित्तीय और आय विवरण का सत्यापन

इस फॉर्म को एक वित्तीय सहायता आवेदक द्वारा भरना होगा जो:

- भोजन और/या आश्रय में सहायता प्राप्त करते हैं
- वर्तमान में बेरोजगार हैं
- वाहन दुर्घटना, कर्मचारी मुआवजे, व्यक्तिगत चोट, या किसी अन्य तृतीय पक्ष के देयता दावे से चोटों के कारण अस्पताल के बिल

मरीज़ संबंधी जानकारी:

नाम: _____ दिनांक: _____
फ़ोन नंबर: _____ मोबाइल फ़ोन नंबर: _____
जन्म की तारीख: _____ रोगी के हस्ताक्षर: _____

यदि भोजन और आश्रय के साथ सहायता प्राप्त कर रहे हैं, तो निम्नलिखित को पूरा करें:

मुझे _____ से सहायता मिल रही है, जो भोजन और आश्रय में मेरी सहायता कर रहे हैं।
रोगी के साथ संबंध: _____।

(कोई एक चिह्नित करें)

_____ रूम और निशुल्क रहना प्रदान किया जा रहा है
_____ मैं रूम और बोर्ड के लिए \$ _____ प्रति माह दे रहा हूँ
_____ कोई अन्य हो तो कृपया नीचे बताएं:

यदि बेरोजगार हैं और कोई आय प्राप्त नहीं कर रहे हैं, तो निम्नलिखित को पूरा करें:

(कोई एक चिह्नित करें) _____ मैं ____/____/____ से बेरोजगार हूँ और उपरोक्तानुसार भोजन और आश्रय सहित सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। काम पर लौटने की अपेक्षित तिथि? _____
_____ मैं ____/____/____ से बेरोजगार हूँ और बचत या अन्य मौद्रिक संपत्तियों पर जीवनयापन कर रहा हूँ।

कृपया विस्तार से बताएं: _____

काम पर लौटने की अपेक्षित तिथि? _____

आपको बेरोजगारी आय क्यों नहीं मिल रही है?

(कोई एक चिह्नित करें) _____ योग्यता समाप्त - रोगी ने सभी पात्र-बेरोजगारी लाभों को समाप्त कर दिया है।
_____ योग्य नहीं, कारण: _____

यदि आपके पास तृतीय पक्ष देयता का दावा है (वाहन दुर्घटना, कर्मचारी मुआवजा, व्यक्तिगत चोट) तो निम्नलिखित पूरा करें:

अटॉर्नी: नाम: _____
पता: _____
फ़ोन नंबर: _____

बीमा कंपनी: नाम: _____
पता: _____
फ़ोन नंबर: _____

अपेक्षित निपटन तिथि: ____/____/____