

## वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

आज की तारीख ____/____/____	आज का समय :	वर्तमान रोगी? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	निर्दिष्ट करने वाला व्यक्ति:
-------------------------------	----------------	---	------------------------------

<b>आपके बारे में जानकारी</b>			
अंतिम नाम	पहला नाम	मध्य नाम	जन्म की तारीख ____/____/____
घर का पता	शहर	राज्य	पिन कोड
लिंग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला	वैवाहिक स्थिति <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> UNK	घर का फोन ( ) -	सामाजिक सुरक्षा संख्या
संयुक्त राज्य अमेरिका के नागरिक <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	स्थायी निवासी <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	टिप्पणी	

<b>रोज़गार जानकारी</b>			
नियोक्ता का नाम	कार्य फोन ( )	व्यवसाय	
नियोक्ता का पता	शहर	राज्य	पिन कोड

<b>घर के सदस्य</b>		
नाम	उम्र	संबंध
नाम	उम्र	संबंध
नाम	उम्र	संबंध
नाम	उम्र	संबंध
नाम	उम्र	संबंध
नाम	उम्र	संबंध
नाम	उम्र	संबंध
नाम	उम्र	संबंध

<b>अन्य सहायता जानकारी</b>			
आपने चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन किया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	यदि हाँ, तो आपने किस तारीख को आवेदन किया था? ____/____/____	यदि हाँ, तो इसके बारे में क्या निर्णय लिया गया था? <input type="checkbox"/> स्वीकृत <input type="checkbox"/> अस्वीकार	टिप्पणी
क्या आपको किसी भी तरह की राज्य या काउंट सहायता मिलती है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	यदि हाँ, तो किस तरह की?		

<b>कम बीमा संबंधी जानकारी</b>
क्या आप अपर्याप्त बीमा कवर के कारण सहायता का अनुरोध कर रहे हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

<b>बीमा की जानकारी</b>			
<b>बीमा वाहक 1</b>		<b>बीमा वाहक 2</b>	
बीमा का नाम	बीमा का नाम		
आईडी #	समूह #	आईडी #	समूह #
ग्राहक का नाम	ग्राहक का नाम		
बीमा कंपनी का फोन # ( ) -	एक्सटेंशन	बीमा कंपनी का फोन # ( ) -	एक्सटेंशन



## वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पृष्ठ 2

सभी स्रोतों से अपनी मासिक आय और संपत्ति को सूचीबद्ध करें। आपको आय, संपत्ति, और खर्च का सबूत देने की आवश्यकता हो सकती है। अगर आपको कोई आय नहीं है, तो उस व्यक्ति की ओर से दिया गया सहायता पत्र प्रदान करें, जो आपके आवास और भोजन का खर्च उठाता है।

I. पारिवारिक आय	मासिक राशि	द्वितीय। चल परिसंपत्ति	वर्तमान शेष राशि
<input type="checkbox"/> रोजगार	\$	<input type="checkbox"/> चालू खाता	\$
<input type="checkbox"/> सेवानिवृत्ति / पेंशन लाभ	\$	<input type="checkbox"/> बचत खाता	\$
<input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा लाभ	\$	<input type="checkbox"/> शेयर	\$
<input type="checkbox"/> सार्वजनिक सहायता लाभ	\$	<input type="checkbox"/> बॉन्ड	\$
<input type="checkbox"/> बेरोज़गारी लाभ	\$	<input type="checkbox"/> जमा प्रमाणपत्र (CD)	\$
<input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त सैनिकों के लिए लाभ	\$	<input type="checkbox"/> मनी मार्केट फंड्स	\$
<input type="checkbox"/> निर्वाह धन	\$	<input type="checkbox"/> अन्य खाते	\$
<input type="checkbox"/> किराए पर दी गई संपत्ति से प्राप्त आय	\$	<input type="checkbox"/> अन्य खाते	\$
<input type="checkbox"/> स्ट्राइक लाभ	\$	<input type="checkbox"/> अन्य खाते	\$
<input type="checkbox"/> सैन्य आवंटन	\$	<input type="checkbox"/> अन्य खाते	\$
<input type="checkbox"/> खेत या स्व-रोजगार	\$	<input type="checkbox"/> अन्य खाते	\$
<input type="checkbox"/> अन्य आय स्रोत	\$	<input type="checkbox"/> अन्य खाते	\$
कुल	\$	कुल	\$

III. अन्य संपत्तियां	रकम की शेष राशि	अनुमानित मूल्य
<input type="checkbox"/> घर	\$	\$
<input type="checkbox"/> ऑटोमोबाइल	वाहन की बनावट	वर्ष
<input type="checkbox"/> अतिरिक्त वाहन	वाहन की बनावट	वर्ष
<input type="checkbox"/> अतिरिक्त वाहन	वाहन की बनावट	वर्ष
<input type="checkbox"/> अन्य संपत्ति	संपत्ति का प्रकार	
कुल		\$

IV. मासिक खर्च	रकम	रकम
<input type="checkbox"/> किराया	\$	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य बीमा
<input type="checkbox"/> गिरवी	\$	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य बीमा (अन्य)
<input type="checkbox"/> कार भुगतान	\$	<input type="checkbox"/> अन्य चिकित्सा व्यय
<input type="checkbox"/> कार भुगतान (अन्य वाहन)	\$	<input type="checkbox"/> चिकित्सा खर्च
<input type="checkbox"/> कार भुगतान (अन्य वाहन)	\$	<input type="checkbox"/> अन्य चिकित्सा व्यय
<input type="checkbox"/> कार बीमा	\$	<input type="checkbox"/> अन्य चिकित्सा व्यय
<input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड (अन्य)	\$	<input type="checkbox"/> अन्य चिकित्सा व्यय
<input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड (अन्य)	\$	<input type="checkbox"/> अन्य खर्च
<input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड (अन्य)	\$	<input type="checkbox"/> अन्य खर्च
<input type="checkbox"/> क्रेडिट कार्ड (अन्य)	\$	<input type="checkbox"/> अन्य खर्च
कुल	\$	कुल

रजिस्ट्रार टिप्पणी		
क्या आपका कोई अन्य भुगतान न किया गया चिकित्सा बिल है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	यदि हाँ, तो किस सेवा के लिए?	सर्विस
क्या आपने मासिक भुगतान योजना की व्यवस्था की है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	यदि हाँ, तो मासिक भुगतान क्या है?	मासिक भुगतान
		\$

यदि आप अनुरोध करते हैं कि अस्पताल या उसके संबद्ध निकाय अतिरिक्त वित्तीय सहायता दें, तो अस्पताल या संबद्ध निकाय अतिरिक्त जानकारी का अनुरोध कर सकते हैं, ताकि वे पूरक निर्धारण कर सकें। इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, आप प्रमाणित करते हैं कि उपलब्ध कराई गई जानकारी सत्य है और दी गई जानकारी में कोई भी परिवर्तन होने के 10 दिनों के अंदर आप अस्पताल या उसके संबद्ध निकायों को इसके बारे में सूचित करेंगे।

आवेदक का हस्ताक्षर

तारीख

रोगी के साथ संबंध

# UM Capital Region Health

## वित्तीय परामर्श रेफरल फार्म

आज की तारीख:		/ /	चिकित्सक:		
<b>खाते की जानकारी</b>					
मेडिकल रिकॉर्ड क्र.		खाता संख्या	विभाग	अनुरोध किया गया पंजीकरण प्रकार: <input type="checkbox"/> एक-दिन <input type="checkbox"/> पुनरावर्ती	
<b>उपचार की अनुरोध की गई तिथियाँ</b>					
क्लीनिक की प्रारंभ दिनांक:	/ /	क्लीनिक की अंतिम तिथि:	/ /	विज़िट की संख्या:	विज़िट संख्या चिह्नित करें: <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5.
<b>मरीज़ संबंधी जानकारी</b>					
अंतिम नाम		पहला नाम		जन्म की तारीख ( ) -	
लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री	वैवाहिक स्थिति	दिन के समय टेलीफोन (सुबह 9.00 से शाम 5.00 बजे तक) ( ) -	शाम के समय टेलीफोन(शाम 5.00 से रात 8.00 बजे तक) ( ) -		
<b>निदान (कोई स्थिति / पोस्ट नहीं)</b>					
निदान / प्रमुख शिकायत					
<b>मरीज़ के नियोक्ता की जानकारी</b>					
नियोक्ता का नाम				दिन के समय टेलीफोन (सुबह 9.00 से शाम 5.00 बजे तक) ( ) -	
कर्मचारी का पता लाइन 1					
कर्मचारी का पता लाइन 2					
<b>बीमा की जानकारी</b>			<b>संदर्भ जानकारी</b>		
बीमा वाहक			रेफरल		
<input type="checkbox"/> स्व-भुगतान	बीमा का नाम		प्रवेश प्राथमिकता <input type="checkbox"/> आपातकालीन <input type="checkbox"/> तत्काल (सीधे) <input type="checkbox"/> वैकल्पिक		
आईडी #	समूह #		वित्तीय सहायता आवेदन शुरू किया गया?	तारीख / /	
			<input type="checkbox"/> हाँ, <input type="checkbox"/> नहीं		
ग्राहक का नाम			MEDICAID आवेदन शुरू किया गया?	तारीख / /	
			<input type="checkbox"/> हाँ, <input type="checkbox"/> नहीं		
बीमा फन # ( ) -	एक्सटेंशन		रेफरल का कारण <input type="checkbox"/> सह-भुगतान समस्या <input type="checkbox"/> सह-बीमा समस्या, <input type="checkbox"/> S/P डिपॉजिट समस्या		
प्राधिकरण संख्या	अनुमति प्रदाता		निर्दिष्ट करने वाला व्यक्ति <input type="checkbox"/> खुद चलकर आने वाले रोगी <input type="checkbox"/> अन्य		
स्व-भुगतान संबंधी अनुमान लगाया गया है?	स्व-भुगतान की अनुमानित राशि		PROVENA HEALTH द्वारा आंतरिक रूप से निर्दिष्ट किया गया है?	विभाग	
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं			<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
<input type="checkbox"/> कटौती राशि	<input type="checkbox"/> सह-भुगतान?	राशि	यदि "नहीं", संदर्भ स्रोत:		
<b>केवल FIC विभाग के उपयोग के लिए:</b>					
अनुमोदनकर्ता:		कार्यालय में दिए जाने की तिथि:	/ /		
रद्द करने कारण:		अनुरोध की तारीख:	/ /		
<b>टिप्पणियाँ</b>					