

CHI Mercy Health वित्तीय सहायता आवेदन फार्म निर्देश

यह *CommonSpirit Health* में वित्तीय सहायता के लिए आवेदन है।

CommonSpirit Health उन लोगों और परिवारों को वित्तीय सहायता प्रदान करता है, जो निश्चित आय शर्तों को पूरा करते हैं। आप अपने परिवार के सदस्यों की संख्या और आय के आधार पर निशुल्क देखभाल या छूट वाली देखभाल के लिए योग्य हो सकते हैं, चाहे आपके पास स्वास्थ्य बीमा है। सहायता, उन रोगियों के लिए प्रदान की जाती है, जिनके परिवार की आय, संघीय गरीबी स्तर के दिशानिर्देशों में से 400% से कम है। संघीय गरीबी स्तर के दिशानिर्देशों पर जानकारी <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> पर पाई जा सकती है।

वित्तीय सहायता कवर क्या करता है? अस्पताल की वित्तीय सहायता, आपकी योग्यता के आधार पर CommonSpirit Health द्वारा प्रदान की जाने वाली उपयुक्त अस्पताल-आधारित सेवाओं को शामिल करती है। वित्तीय सहायता, अन्य संगठनों द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं सहित, सभी स्वास्थ्य देखभाल खर्चों को शामिल नहीं करती।

यदि आपके कोई सवाल हैं या इस आवेदन को पूरा करने में मदद की जरूरत है: आप विकलांगता और भाषा संबंधी सहायता सहित, किसी भी कारण के लिए इस पर मदद ले सकते हैं: 844-286-5546

आपके आवेदन की प्रक्रिया किए जाने के लिए, आपके लिए आवश्यक है:

- हमें अपने परिवार के बारे में जानकारी प्रदान करें
- हमें अपने परिवार की कुल मासिक आय (टैक्स और कटौतियों से पहले की आय) के बारे में जानकारी प्रदान करें
- पारिवारिक आय के लिए दस्तावेज प्रदान करें
- पारिवारिक संपत्तियों के लिए दस्तावेज प्रदान करें (वैकल्पिक)
- अतिरिक्त जानकारी दें, यदि आवश्यक हो
- फार्म पर हस्ताक्षर करके तारीख लिखें

ध्यान दें: वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने हेतु आपके लिए सोशल सिक्योरिटी नंबर प्रदान नहीं करना जरूरी नहीं है। यदि आप हमें अपना सोशल सिक्योरिटी नंबर प्रदान करते हैं, तो यह आपके आवेदन की प्रक्रिया को तेज करने में मदद करेगा। सोशल सिक्योरिटी नंबर, हमें प्रदान की गई जानकारी को सत्यापित करने के लिए प्रयोग किए जाते हैं। यदि आपका सोशल सिक्योरिटी नंबर नहीं है, तो कृपया “लागू नहीं” या “NA” पर निशान लगाएं।

सभी दस्तावेजों के साथ पूरा किया गया आवेदन यहां डाक से भेजें या फैंक्स करें: CHI Mercy Health, ATTN: EES - Financial Assistance Center, P.O. Box 660872. Dallas, TX 75266-0872 फैंक्स: 469-803-4627. एक प्रति अपने लिए रखना न भूलें।

नीचे दिए पते पर खुद आकर अपना पूरा किया गया आवेदन जमा कर सकते हैं: CHI Mercy Health, 2700 NW Stewart Pkwy, Roseburg, OR 97471

हम आय के दस्तावेज सहित, पूरा वित्तीय सहायता आवेदन प्राप्त करने के लिए 30 कैलेंडर दिनों के अंदर योग्यता और अपील अधिकारों के अंतिम निर्धारण के बारे में आपको सूचित करेंगे, यदि लागू हो।

वित्तीय सहायता आवेदन प्रस्तुत करके, आप हमें वित्तीय शर्तों और जानकारी की पुष्टि के लिए जरूरी पूछताछ करने की सहमति देते हैं।

हमें मदद करना चाहते हैं। कृपया तुरंत अपना आवेदन प्रस्तुत करें!

तब तक आपको बिल मिल सकते हैं, जब तक कि हमें आपकी जानकारी नहीं मिलती।

CHI Mercy Health
वित्तीय सहायता आवेदन फार्म निर्देश - गोपनीय

कृपया सारी जानकारी पूरी तरह से भरें। यदि लागू न हो, तो "NA" लिखें। अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें, यदि जरूरत हो।

स्क्रीनिंग संबंधी जानकारी

क्या आपको दुभाषिए की जरूरत है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं यदि हां, तो क्वीय भाषा लिखें:
क्या रोगी ने Medicaid के लिए आवेदन किया है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं हो सकता है कि वित्तीय सहायता के लिए विचार किए जाने से पहले आवेदन करना जरूरी हो
क्या रोगी को राज्य की जन सेवाएं मिलती हैं, जैसे फूड स्टैम्पस या WIC (महिला, शिशु और बच्चे)? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
क्या इस समय रोगी बेघर है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
क्या रोगी की चिकित्सा संबंधी देखभाल की जरूरत, कार दुर्घटना या काम पर लगी चोट से संबंधित है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं
CommonSpirit Health के अस्पताल(लों) की सूची दें, जहां आपका इलाज हुआ था:

कृपया ध्यान दें

- हम गारंटी नहीं दे सकते कि आप वित्तीय सहायता के लिए योग्य होंगे ही, चाहे आप आवेदन करते हैं।
- जब आप अपना आवेदन भेजते हैं, तो हम पूरी जानकारी की जांच करेंगे और आपसे अतिरिक्त जानकारी या आय का प्रमाण मांग सकते हैं।

रोगी और आवेदक की जानकारी

रोगी का पहला नाम	रोगी का बीच का नाम	रोगी का गोत्र
जन्मतिथि	रोगी के खाता नंबर:	रोगी का सोशल सिक्योरिटी नंबर (वैकल्पिक*)
बिल भुगतान करने के लिए जिम्मेदार व्यक्ति	रोगी से रिश्ता	जन्मतिथि
		रोगी का सोशल सिक्योरिटी नंबर (वैकल्पिक*)
डाक पता	मुख्य संपर्क नंबर	
	() _____	
	() _____	
शहर	राज्य	ज़िप कोड
		ईमेल पता: _____
बिल भुगतान करने के लिए जिम्मेदार व्यक्ति की रोजगार स्थिति		
<input type="checkbox"/> नौकरी में (काम पर रखने की तारीख: _____) <input type="checkbox"/> बेरोजगार (कितने समय से बेरोजगार: _____)		
<input type="checkbox"/> स्व-रोजगार <input type="checkbox"/> विद्यार्थी <input type="checkbox"/> विकलांग <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> अन्य (_____)		

पारिवारिक जानकारी

आपके सहित, अपने परिवार में पारिवारिक सदस्यों की सूची दें। "परिवार" में शामिल हैं, जन्म, विवाह या गोद लेने से संबंधित दो या अधिक लोग, जो इकट्ठे रहते हैं। यदि रोगी इस आवेदन के उद्देश्यों के लिए अपनी आय टैक्स रिटर्न पर आश्रित के तौर पर किसी का दावा करता है, तो वह व्यक्ति रोगी के परिवार का सदस्य होगा।

परिवार के सदस्यों की संख्या _____

अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें, यदि जरूरी हो

नाम	जन्मतिथि	रोगी से रिश्ता	यदि 18 वर्ष या इससे अधिक उम्र है: नियोक्ता(ओं) का नाम या आय का स्रो	यदि 18 वर्ष या इससे अधिक उम्र है: कुल सकल मासिक आय (टैक्स से पहले):	क्या वित्तीय सहायता के लिए भी आवेदन कर रहे हैं?
					हां / नहीं
					हां / नहीं

					हां / नहीं
					हां / नहीं
					हां / नहीं
					हां / नहीं

सभी वयस्क पारिवारिक सदस्यों की आय का खुलासा आवश्यक है। आय के स्रोतों में शामिल हैं, उदाहरण के लिए:

- मजदूरी - बेरोजगार - स्व-रोजगार - श्रमिक मुआवजा - विकलांगता - SSI
- बाल/जीवनसाथी सहायता - कार्य पढ़ाई प्रोग्राम (विद्यार्थी) - पेंशन - सेवानिवृत्ति खाता वितरण
- अन्य (कृपया पहचान करें: _____)

आय संबंधी जानकारी

याद रखें: आपके लिए अपने आवेदन के साथ आय का प्रमाण शामिल करना आवश्यक है।

आपके लिए अपने परिवार की आय के बारे में जानकारी देनी आवश्यक है। वित्तीय सहायता निर्धारित करने के लिए आय का सत्यापन जरूरी है।

18 वर्ष या इससे अधिक उम्र के सभी पारिवारिक सदस्यों के लिए अपनी-अपनी आय का खुलासा आवश्यक है। कृपया आय के पहचाने गए प्रत्येक स्रोत के लिए प्रमाण दें।

आय के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:

- पिछले वर्ष की आय टैक्स रिटर्न, इनमें शेड्यूल शामिल हैं, यदि लागू हों; या
- "W-2" विदहोल्लिंग स्टेटमेंट; या
- वर्तमान पे स्टब (3 महीने); या
- नियोक्ताओं या अन्य की तरफ से लिखी, हस्ताक्षर की हुई स्टेटमेंट्स; और
- Medicaid और/या राज्य द्वारा फंड की गई चिकित्सीय सहायता के लिए योग्यता की मंजूरी/अस्वीकृति; या
- बेरोजगारी मुआवजा के लिए योग्यता की मंजूरी/अस्वीकृति।

यदि आपके पास आय का प्रमाण नहीं है या आपकी कोई आय नहीं है, तो कृपया विस्तार से यह बताते हुए हस्ताक्षर किए हुए बयान के साथ अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें कि आप अपने रहन-सहन के बुनियादी खर्च कैसे करते हैं (जैसे घर, भोजन और उपयोगिताएं)।

संपत्ति संबंधी जानकारी

(यह भाग वैकल्पिक है और अन्य वित्तीय प्रोग्रामों के लिए योग्यता निर्धारित करने हेतु इसका प्रयोग किया जा सकता है)

कृपया आय के पहचाने गए संपत्ति संबंधी प्रत्येक स्रोत के लिए प्रमाण दें। आय के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:

- वर्तमान बैंक स्टेटमेंट्स (हाल ही के 3 महीने दर्शाने वाली)
 - चालू खाता(ते)
 - बचत खाता(ते)
- निवेश, स्टॉक्स और बॉन्ड्स सहित
- ट्रस्ट फंड
- मनी मार्किट खाता(ते)
- म्युचुअल फंड
- अन्य निवेश फंड, जिन्हें निकालने पर जुर्माना नहीं लगेगा।

अतिरिक्त जानकारी

कृपया अतिरिक्त पृष्ठ जोड़ें, यदि आपकी वर्तमान वित्तीय स्थिति के बारे में कोई ऐसी जानकारी है, जो आप हमें बताना चाहते हैं, जैसे आर्थिक तंगी, बहुत ज्यादा चिकित्सीय खर्चे, सीजनल या अस्थायी आय, या निजी नुकसान।

रोगी की सहमति

मैं समझता हूँ कि CommonSpirit Health, क्रेडिट जानकारी की समीक्षा करके उसका सत्यापन और वित्तीय या भुगतान योजनाओं के लिए योग्यता निर्धारित करने में सहायता के लिए अन्य स्रोतों से जानकारी प्राप्त कर सकता है।

- मैं प्रमाणित करता हूँ कि जो जानकारी मैंने प्रदान की है, वह मेरी जानकारी के अनुसार वास्तविक और सही है।
- मैं इस स्वास्थ्य देखभाल बिल के भुगतान में मदद के लिए, खुद या अस्पताल के किसी कर्मचारी की सहायता से किसी भी और पूरी सहायता के लिए आवेदन करूंगा, जो संघीय, राज्य, स्थानीय सरकार और निजी स्रोतों के द्वारा उपलब्ध हो सकती है।
- मैं समझता हूँ कि यदि मैं निवेदन की गई जानकारी प्रदान करने में CommonSpirit Health के साथ सहयोग नहीं करता, तो मेरा आवेदन अस्वीकार किया जा सकता है।
- मैं समझता हूँ कि जो जानकारी मैं प्रस्तुत करता हूँ, वह CommonSpirit Health द्वारा सत्यापन के अधीन है, क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों सहित और आवश्यकता होने पर संघीय और/अथवा राज्य एजेंसियों द्वारा समीक्षा के अधीन है।
- मैं समझता हूँ कि सहायता हेतु योग्य होने के लिए अतिरिक्त सहायता का निवेदन किया जा सकता है।

यदि आप किसी बीमा कंपनी, कर्मचारी मुआवजा योजना या किसी अन्य तृतीय पक्ष से भुगतान प्राप्त करते हैं, तो आप किसी भी ऐसे भुगतान के बारे में अस्पताल को सूचित करने की सहमति देते हैं। अस्पताल वास्तविक, पूरे बिल का शुल्क लेने का अपना अधिकार रखता है, यदि कोई तृतीय पक्ष आपको अस्पताल की सेवाओं के लिए भुगतान प्रदान करता है।

आवेदक के हस्ताक्षर

तिथि