

दिनांक:

Washington Hospital
Patient Accounting Department
2000 Mowry Avenue
Fremont, CA 94538

प्रिय _____ एकाउंट न. _____

वाशिंगटन हॉस्पिटल समझता है कि कुछ लोगों को उनकी हॉस्पिटल सेवाओं के लिए वित्तीय मदद की ज़रूरत होती है। मैंने हाल ही में आपके एकाउंट की समीक्षा की है और पाया है कि आप हमारे वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए पात्र हो सकते हैं। मैंने वित्तीय सहायता के लिए एक आवेदन पत्र संलग्न किया है जिसे भरना पात्रता निर्धारित करने के लिए आवश्यक है। अपने आवेदन की आगे की प्रक्रियाओं को पूरा करने के प्रयासों के लिए मुझे कृपया निम्नलिखित दस्तावेज़ भी मेल करें। आपकी आवेदन को संसाधित करने और आपकी पात्रता निर्धारित करने के लिए हमें आवेदन और इन अतिरिक्त दस्तावेज़ों, दोनों की आवश्यकता है।

- आपके 2025 फेडरल 1040 टैक्स रिटर्न की एक हस्ताक्षरित प्रति (W-2 फॉर्म सहित)
- पिछले 6 महीनों की वेतन पर्चियाँ (Pay Stubs) की कॉपी
- ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट या अन्य सहायक पहचान पत्र की कॉपी
- इस पत्र पर हस्ताक्षर करने और दिनांक अंकित करने के बाद अनुरोध किए गए दस्तावेज़ों के साथ वापस कर दें।

यदि आप उपरोक्त दस्तावेज़ प्रदान करने में सक्षम नहीं हैं, तो कृपया एक पत्र लिखकर बताएं कि वे दस्तावेज़ शामिल क्यों नहीं किए गए हैं। उचित दस्तावेज़ मिल जाने के बाद, अंतिम निर्धारण होने तक आपके अकाउंट पर किसी भी तरह की कलेक्शन की कार्रवाई रोक दी जाएगी। कृपया ध्यान रखें कि आपका आवेदन स्वीकृत या अस्वीकृत होने में 6-12 महीने तक का समय लग सकता है। यदि अनुरोध किए गए दस्तावेज़ इस पत्र की तारीख से 60 दिनों के भीतर प्राप्त नहीं होते हैं, तो सभी कलेक्शन गतिविधियाँ फिर से शुरू हो जाएंगी।

मैं झूठी गवाही देने पर दंड के प्रावधानों के तहत घोषणा करता/करती हूँ कि यहां दी गई सभी सूचनाएं मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य और सही हैं। यह हस्ताक्षर फेडरल टैक्स रिटर्न सहित अनुरोध किए गए सभी वित्तीय दस्तावेज़ों की सटीकता के संबंध में कानूनी रूप से बाध्यकारी होगा।

हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

अगर आपके पास कोई प्रश्न हैं, तो कृपया 510-818-8645 पर मुझसे सीधे संपर्क करें।

भवदीय,

माइकेल थॉमस
वित्तीय सहायता समन्वयक

H.A.: M.Cal लंबित होने की तारीख	DOS:
शेष राशि: \$	NPC



वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

कृपया सभी प्रश्नों के उत्तर दें। अगर लागू न हो, तो कृपया N/A लिखें।

केवल कार्यालय द्वारा उपयोग के लिए

1. रोगी खाता नम्बर	2. रोगी का मेडिकल रिकॉर्ड नम्बर
--------------------	---------------------------------

सेक्शन I

3. रोगी का नाम		
4. जन्म तिथि	5. सोशल सिक्युरिटी नम्बर	
6. सड़क का पता/अपार्टमेंट नम्बर		
शहर	राज्य	ज़िप कोड
फोन नम्बर	फोन नम्बर	
7. ड्राइविंग लाइसेंस नम्बर		

8. a. क्या आपने Medi-Cal या AFDC के लिए आवेदन किया है?		☐ हाँ	☐ नहीं
अगर हाँ, तो आवेदन की तारीख:			
अगर हाँ, तो कर्मचारी का नाम:			
b. क्या आपका कोई आवेदन लंबित है?		☐ हाँ	☐ नहीं
c. क्या आपका आवेदन अस्वीकार कर दिया गया है?		☐ हाँ	☐ नहीं
9. क्या आपकी आयु 21 वर्ष से कम है?		☐ हाँ	☐ नहीं
10. क्या आपकी आयु 65 वर्ष से अधिक है?		☐ हाँ	☐ नहीं
11. क्या आप कानूनी तौर पर अंधे हैं?		☐ हाँ	☐ नहीं
12. क्या आप गर्भवती हैं?		☐ हाँ	☐ नहीं
13. क्या आप इस समय काम करने में असमर्थ हैं, या आपको लगता है कि आप एक वर्ष या उससे अधिक समय तक काम करने में असमर्थ रहेंगे?		☐ हाँ	☐ नहीं
14. क्या आपके घर में 21 वर्ष से कम आयु का कोई नाबालिग बच्चा है?		☐ हाँ	☐ नहीं
15. क्या आप छात्र/छात्रा हैं?		☐ हाँ	☐ नहीं
16. क्या आपके पास मेडिकेयर है?		☐ हाँ	☐ नहीं
17. क्या आप किसी नर्सिंग होम में रहते/रहती हैं?		☐ हाँ	☐ नहीं
18. आप आपके पास स्वास्थ्य बीमा है?		☐ हाँ	☐ नहीं
19. क्या आप एक पूर्व सैनिक हैं या किसी पूर्व सैनिक के आश्रित हैं?		☐ हाँ	☐ नहीं
a. क्या आपके पास (CHAMPUS) यूनिफ़ॉर्मर्ड सर्विसेज़ का सिविलियन हेल्थ एंड मेडिकल प्रोग्राम है?		☐ हाँ	☐ नहीं
b. क्या आपके पास (CHAMP/VA) डिपार्टमेंट ऑफ़ वेटरन्स अफ़ेयर्स का सिविलियन हेल्थ एंड मेडिकल प्रोग्राम है?		☐ हाँ	☐ नहीं

सेक्शन II (परिसंपत्तियां/बजट)

20. आपके बचत खाते में अभी की शेषराशि क्या है? \$			
21. आपके चेकिंग खाते में अभी की शेषराशि क्या है? \$			
22. अन्य संपत्तियां (यदि नहीं है, तो कृपया खाली छोड़ दें)	हाँ	नहीं	मूल्य
किराये की संपत्ति			\$
अन्य संपत्तियां			\$
अन्य संपत्तियां			\$
मासिक आय	राशि	आय का स्रोत (नौकरी, SSI, आदि)	
23. स्वयं	\$		
24. जीवनसाथी	\$		
25. अन्य	\$		
अन्य	\$		
26. कुल सकल आय (टैक्स से पहले) \$			
27. अगर आमदनी नहीं है, तो आपका गुज़ारा कैसे होता है?			
28. क्या आप अकेले रहते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं			
29. आवास का प्रकार घर अपार्टमेंट आश्रय गृह अन्य			
30. आप स्वयं सहित, अपने आयकर रिटर्न पर कितनी छूट (एग्ज़ेम्प्टन्स) का दावा करते हैं?			

मैं झूठी गवाही देने पर दंड के प्रावधानों के तहत घोषणा करता/करती हूँ कि यहां दी गई सभी सूचनाएं मेरी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य और सही हैं। मैं अपनी वित्तीय परिस्थितियों में होने वाले किसी भी बदलाव की सूचना इस अस्पताल को देने और अनुरोध किए जाने पर मेरी पात्रता स्थिति की पुष्टि करने वाली जानकारी प्रदान करने के लिए सहमत हूँ। यह जानकारी आपके डॉक्टर को दी जा सकती है।

हस्ताक्षर	दिनांक
प्रतिनिधि	दिनांक
साक्षात्कारकर्ता	दिनांक
टिप्पणियां	

कृपया ध्यान रखें कि ईआर चिकित्सक, पैथोलॉजिस्ट, रेडियोलॉजी, हॉस्पिटलिस्ट सेवाओं का बिल अस्पताल सुविधा शुल्क से अलग होता है। यह आवेदन केवल सुविधा शुल्क कवर करता है।

केवल कार्यालय द्वारा उपयोग के लिए

32. क्या रोगी वित्तीय सहायता के लिए निर्धारित आय-सीमा के तहत आता है ☐ हाँ ☐ नहीं

वित्तीय सहायता के लिए स्वीकृत

हस्ताक्षर

दिनांक