

वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम (अंतिम, प्रथम, मध्य)	सोशल सिक्योरिटी नंबर
साउथ कैरोलिना निवासी: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना	ट्रेवल वीजा: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना
अमेरिकी नागरिक: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना	मेडिकल रिकॉर्ड नंबर (केवल कार्यालय उपयोग):

रोगी या जिम्मेदार पक्ष (अगर रोगी 18 की उम्र से कम है)

नाम (अंतिम, प्रथम, मध्य)	सोशल सिक्योरिटी नंबर	जन्म तिथि (मम, दिदि, वववव)
पता	शहर	राज्य, ज़िप कोड
फोन	घर के सदस्य (रोगी, जीवनसाथी व आश्रित लोग)	वैवाहिक स्थिति
रोज़गार स्थिति: <input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> स्व-रोज़गार <input type="checkbox"/> बेरोज़गार <input type="checkbox"/> छात्र <input type="checkbox"/> भूतपूर्व सैनिक <input type="checkbox"/> विकलांग	नियोक्ता का नाम	
रोज़गार की अवधि	बेरोज़गारी की अवधि (मम, दिदि, वववव)	वेतन/आय
साउथ कैरोलिना निवासी: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना	ट्रेवल वीजा: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना	क्या आपने एक और टैक्स रिटर्न पर दावा किया है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना (अगर हां तो दावा वाली टैक्स रिटर्न प्रस्तुत करें)
अमेरिकी नागरिक: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना		

पति या पत्नी/जीवनसाथी

नाम (अंतिम, प्रथम, मध्य)	सोशल सिक्योरिटी नंबर	जन्म तिथि (मम, दिदि, वववव)
रोज़गार स्थिति: <input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> स्व-रोज़गार <input type="checkbox"/> बेरोज़गार <input type="checkbox"/> छात्र <input type="checkbox"/> भूतपूर्व सैनिक <input type="checkbox"/> विकलांग	नियोक्ता का नाम	
रोज़गार की अवधि	बेरोज़गारी की अवधि (मम, दिदि, वववव)	वेतन/आय

कानूनी आश्रित लोग जैसा कि टैक्स रिटर्न में दावा किया गया है (अगर 4 से ज्यादा आश्रित लोग हैं तो अलग पेज का इस्तेमाल करें)

पूरा नाम (अंतिम, प्रथम, मध्य)	संबंध	जन्म तिथि (मम, दिदि, वववव)

कवरेज सूचना

मैंने <input type="checkbox"/> संघीय या राज्य चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन किया है <input type="checkbox"/> अपनी हैल्थकेयर एक्सचेंज योजना की पात्रता की जांच कर ली है <input type="checkbox"/> कुछ भी नहीं किया है
वजह _____
मेरा <input type="checkbox"/> मुकदमा है <input type="checkbox"/> निपटारा है <input type="checkbox"/> व्यक्तिगत क्षति दावा है <input type="checkbox"/> देयता दावा है <input type="checkbox"/> कर्मचारी क्षतिपूति दावा है <input type="checkbox"/> कुछ भी नहीं है
अटॉर्नी का नाम _____
इंश्योरेंस इनके जरिए उपलब्ध है: <input type="checkbox"/> मेरा नियोक्ता <input type="checkbox"/> जीवनसाथी का नियोक्ता <input type="checkbox"/> कोबरा <input type="checkbox"/> कोई नहीं
इंश्योरेंस सूचना _____
क्या पिछले 3 महीनों के भीतर आपने या किसी पारिवारिक सदस्य ने मेडिकेड के लिए आवेदन किया है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना
आवेदनकर्ता _____ देश जिसमें आवेदन किया _____
आवेदन की तिथि _____ केसवर्कर का नाम _____

मैंने सोशल सिक्योरिटी अक्षमता के लिए आवेदन किया है। हां ना
अगर आवेदन किया, तो स्थिति: नामंजूर अपील अटॉर्नी लेवल लंबित मंजूर
अगर हाल ही में प्रदान किया गया तो मौजूदा सोशल सिक्योरिटी प्रदान करने का पत्र या जीवनसाथी व किसी बच्चे को मिला अक्षमता लाभ प्रदान करने का पत्र संलग्न करें

बैंक खाते (उदाहरण 401k, 403b, मनी मार्केट, सोडी, स्टॉक्स, बॉन्ड्स, सेविंग्स, अन्य निवेश)

कंपनी का नाम	खाते की किस्म/मूल्य	कंपनी का नाम	खाते की किस्म/मूल्य

संपत्ति

प्रकार	विवरण	अनुमानित मूल्य	बकाया भुगतान
प्राथमिक निवास	<input type="checkbox"/> खुद का <input type="checkbox"/> किराए का		
द्वितीय निवास/छुट्टियों के लिए घर			
भूमि (एकड़ की संख्या)			
किराए वाली संपत्ति			
कारोबार/खेती उपकरण			
अन्य/मनोरंजक वाहन			

आय के साधन (निम्न में से किसी एक के लिए दस्तावेज प्रस्तुत करें)

आय का विवरण	साधन	मासिक आय राशि
ब्याज/लाभांश		
पेंशन/रिटायरमेंट		
किराया/संपत्ति		
निवेश		
स्व-रोज़गार (कारोबारी व व्यक्तिगत टैक्स रिटर्न्स की आवश्यकता है)		
अन्य		

सत्यापन

मैं समझता हूँ कि यह आवेदन सिर्फ़ ग्रीनविले हेल्थ सिस्टम (GHS) व GHS Partners in Health, Inc. द्वारा उपलब्ध करवाई गई सेवाओं पर ही लागू है। यह अन्य पक्षों द्वारा उपलब्ध करवाई गई सेवाओं पर लागू नहीं है जोकि मेरे इलाज में सहायक हो सकते हैं। मैं समझता हूँ कि GHS की सभी मेडिकल सेवाएं वित्तीय सहायता के लिए पात्रता हासिल नहीं करती हैं।

इंश्योरेंस कवरेज, आवेदक को भुगतान, या प्राप्त या आग्रहित सेवाओं से संबंधित व्यक्तिगत क्षति के दावे के आवेदक द्वारा अनुपालन समेत, नई उद्घाटित सूचना के परिणामस्वरूप GHS वित्तीय सहायता अनुमति वापिस लेने और वैकल्पिक प्रतिपूर्ति या उगाही करवाने का अधिकार सुरक्षित रखती है। वित्तीय सहायता प्रदान किये जाने के बाद GHS को प्राप्त सभी भुगतान, समायोजित राशियों की वापसी में फलीभूत होंगे ताकि बिना किसी बकाया देनदारी या बकाया कर्ज के शेष स्व-पोषित बकाया का निपटारा किया जा सके।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन की सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सत्य व सही है। मैं समझता हूँ कि गलत सूचना देने पर यह आवेदन नामंजूर हो सकता है। अगर इस आवेदन में दी गई सूचना कभी भी गलत पाई जाती है तो GHS द्वारा मुझे दी गई वित्तीय सहायता वापिस ली जा सकती है और मूल खाते के बकाया के लिए मैं जिम्मेदार होऊंगा। मैं पुनः समझता हूँ कि अगर मेरे द्वारा दी गई कोई सूचना बदलती है तो मैं तुरंत ग्रीनविले हेल्थ सिस्टम को सूचित करूंगा।

रोगी/जिम्मेदार व्यक्ति के हस्ताक्षर	तिथि (MM, DD, YYYY)
-------------------------------------	---------------------

आवेदन इस पते पर वापिस भेजें:
 Financial Assistance
 255 Enterprise Boulevard, Ste. 250
 Greenville, S.C. 29615