

वित्तीय सहायता आवेदन फॉर्म

खण्ड एक: मरीज़ की जानकारी

अपना पूरा नाम, चिकित्सा सेवा प्राप्त करने के समय का अपना पता और इस अनुभाग में दी गई अन्य जानकारी प्रिंट करें।

खाता संख्या _____ सेवा की तारीख(खें) _____

मरीज़ का नाम: _____ अंतिम _____ प्रथम _____ मध्य आरंभ _____

पता: _____ संख्या और गली _____ शहर: ____/____/____ काउंटी: _____

निवास का राज्य: _____ ज़िप कोड: _____ जन्मतिथि: ____/____/____ वैवाहिक स्थिति: सिंगल विवाहित तलाकशुदा

प्राथमिक फोन नंबर: (_____) _____ घर मोबाइल काम अन्य _____

ईमेल पता: _____

सेवा की तारीख के समय स्वास्थ्य बीमा: कोई बीमा नहीं Medicare Medicaid अन्य _____

खण्ड दो: पारिवारिक आय और संपत्तियां

अपने, अपने जीवनसाथी और परिवार के अन्य सभी सदस्यों (यदि लागू हो) के लिए आय प्रदान करें।

आय का स्रोत	सेवा से पहले कुल 3 महीने के लिए	सेवा से पहले कुल 12 महीने के लिए
मजदूरी/स्वरोजगार	\$ _____	\$ _____
सामाजिक सुरक्षा	\$ _____	\$ _____
पेंशन, लाभांश, ब्याज, किराये की आय	\$ _____	\$ _____
बेरोज़गारी, श्रमिकों का मुआवज़ा	\$ _____	\$ _____
बाल सहायता (केवल यदि मरीज़ योग्य प्राप्तकर्ता है)	\$ _____	\$ _____
अन्य	\$ _____	\$ _____

कुल शुद्ध संपत्ति (संपत्ति - ऋण) आवेदन की तिथि के अनुसार: \$ _____

खण्ड तीन: परिवार की जानकारी और आय

अपने परिवार के सभी सदस्यों और उनकी जन्मतिथि की सूची बनाएं।

कृपया अपने सगे परिवार के उन सभी लोगों, जो आपके घर में रहते हैं, के बारे में निम्नलिखित जानकारी दें। HCAP के उद्देश्यों के लिए, परिवार को मरीज़, मरीज़ के पति या पत्नी और मरीज़ के 18 वर्ष से कम उम्र के सभी बच्चों (प्राकृतिक या दत्तक), जो मरीज़ के घर में रहते हैं, के रूप में परिभाषित किया गया है। यदि मरीज़ की आयु 18 वर्ष से कम है, तो परिवार में मरीज़, मरीज़ के प्राकृतिक या दत्तक माता-पिता और मरीज़ के घर में रहने वाले 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चे (प्राकृतिक या दत्तक) शामिल होंगे। मरीज़ सहित परिवार के सदस्यों का नाम, जन्मतिथि, मरीज़ से संबंध

1. मरीज़: _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन और किसी भी संलग्नक पर मैंने जो कुछ भी कहा है वह सत्य है।

जिम्मेदार पार्टी के हस्ताक्षर: x _____ तारीख: _____