

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

आवेदनकर्ता की जानकारी

सेवा की तारीख (अतीत या भविष्य में): _____ सुविधा: _____

मरीज़ का पूरा नाम: _____ सामाजिक सुरक्षा #: _____

जन्म की तारीख: _____ मरीज़ का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िपकोड: _____

डाक पता: _____ मेडिकल रिकॉर्ड नंबर: _____

फ़ोन नंबर: _____ आवेदन पूरा करने वाले व्यक्ति का नाम: _____

मरीज़ के साथ संबंध: _____

आपके साथ-साथ, परिवार के सदस्यों का कानूनी नाम (गारंटर)

नाम (उपनाम, पहला नाम और मध्य नाम)	जन्म की तारीख	उम्र	संबंध	पेशा	सामाजिक सुरक्षा #	वार्षिक आय
						\$
						\$
						\$
						\$
कुल						\$

आय के साधन (शून्य होने पर, बॉक्स में शून्य लिखें)

आय	\$
सामाजिक सुरक्षा	\$
अन्य आय/गुज़ारा भत्ता/ निवेश/सेवानिवृत्ति	\$
कुल आय	\$
401K शेष राशि	\$
गिरवी की रकम	\$
किराए की रकम	\$
बचत खाते की शेष राशि	\$
स्वास्थ्य देखभाल सत्यापन बदलें	
अगर आपकी आय का कोई साधन नहीं है, तो आप अपनी ज़रूरतें कैसे पूरी करते/करती हैं?	नीचे बताएँ:

कवरेज से संबंधित अन्य सवाल

क्या मरीज़ का स्वास्थ्य बीमा है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ° E
क्या मरीज़ की चोटों का इलाज किसी तीसरे पक्ष के दायित्व के तहत किया जा रहा है, जैसे कि कोई ऑटो बीमा कंपनी या श्रमिक मुआवज़ा?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ° E
क्या मरीज़ के पास Medicaid की सुविधा है? – अगर हाँ, तो पेज 2 पर जाएँ	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ° E
क्या मरीज़ ने Medicaid के लिए आवेदन किया है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ° E
क्या आप गर्भवती हैं?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ° E
क्या आपके पास सामाजिक सुरक्षा दिव्यांगता बीमा है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ° E
क्या आपकी उम्र 65 साल से ज़्यादा है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ° E
क्या आपकी उम्र 19 साल या इससे कम है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ° E
क्या आप एक ऐसे/ऐसी अभिभावक हैं, जिस पर अपने बच्चे की परवरिश की ज़िम्मेदारी है और आप बेरोज़गार हैं?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ° E

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

कथन: मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने जो भी जानकारी दी है, वह मेरी समझ के मुताबिक सच्ची और सटीक है। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं जो भी जानकारी सबमिट करता/करती हूँ, उसका सत्यापन किया जा सकता है, जिसके तहत मेरे क्रेडिट एजेंसी स्कोर की जाँच भी की जा सकती है और साथ ही संघीय और/या राज्य एजेंसियों के साथ-साथ अन्य इकाइयाँ मेरे द्वारा दी गई जानकारी की समीक्षा कर सकती हैं। मैं अपने नियोक्ता को मेरे/आपका सबूत Piedmont Healthcare को देने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मेरे द्वारा दी गई कोई भी जानकारी झूठी पाई जाती है, तो Piedmont Healthcare मेरी वित्तीय स्थिति का दोबारा मूल्यांकन करेगा और कोई भी उचित कार्रवाई करेगा।

इसके अलावा मैं किसी भी सहायता के लिए आवेदन करने पर सहमति जताता/जताती हूँ (जैसे, मेडिकेयर, Medicaid, स्टेट एड (कैंसर के लिए), वोकेशनल रीहैब, बीमा, वगैरह) जो मेरे Piedmont Healthcare अकाउंट के शुल्कों की अदायगी के एवज में उपलब्ध हो सकते हैं। मैं Piedmont Healthcare के Medicaid के लिए मरीजों की पात्रता को परखने वाले प्रोसेसर Change Healthcare के साथ भी पूरा सहयोग करूँगा/करूँगी और हर वह कदम उठाऊँगा/उठाऊँगी, जो ऐसा कोई भी सहयोग हासिल करने के लिए ज़रूरी होगा और साथ ही मैं Piedmont Healthcare के शुल्कों के लिए वसूली गई राशि को Piedmont Healthcare को सौंप दूँगा/दूँगी या फिर उसका भुगतान करूँगा/करूँगी। प्रत्येक गारंटर के लिए, एक पूरा वित्तीय सहायता कार्यक्रम आवेदन लागू होता है।

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर	आवेदनकर्ता का नाम (प्रिंट करें)	तारीख	समय
[Signature]	[Name]	[Date]	[Time]

आवेदन को प्रोसेस करने के लिए, आपके आवेदन का समर्थन करने वाले दस्तावेज़ सबमिट करना ज़रूरी है। अगर आप अपने आवेदन में यह जानकारी शामिल नहीं करते, तो आपका आवेदन नामंजूर किया जा सकता है और आप नामंजूरी के खिलाफ़ अपील दायर नहीं कर सकेंगे। अगर आप कोई सवाल पूछना चाहते हैं या फिर आवेदन पूरा करने में मदद चाहते हैं, तो वित्तीय सहायता विभाग से यहाँ संपर्क कर सकते हैं:

Á ÚÈÙ Ú 0 10

- 1. **संस्थागत जानकारी:**

 - **पता:** 1000 Peachtree Street NE, Atlanta, GA 30309
 - **फ़ोन:** 404-521-1234
 - **ईमेल:** assistance@piedmont.org
 - **वेबसाइट:** www.piedmont.org
 - **संयोजक:** [Name]
 - **कॉन्टैक्ट नंबर:** [Number]
 - **कॉन्टैक्ट व्यक्ति:** [Name]
 - **कॉन्टैक्ट व्यक्ति का पता:** [Address]
 - **कॉन्टैक्ट व्यक्ति का फ़ोन:** [Phone]
 - **कॉन्टैक्ट व्यक्ति का ईमेल:** [Email]
- 2. **वित्तीय जानकारी:**

 - **आपका आय का स्रोत:** [Source]
 - **आपका आय का स्तर:** [Amount]
 - **आपका आय का प्रकार:** [Type]
 - **आपका आय का तिथि:** [Date]
 - **आपका आय का स्थान:** [Location]
 - **आपका आय का व्यक्ति:** [Name]
 - **आपका आय का व्यक्ति का पता:** [Address]
 - **आपका आय का व्यक्ति का फ़ोन:** [Phone]
 - **आपका आय का व्यक्ति का ईमेल:** [Email]
- 3. **वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने पर सहमति:**

 - **आपका आवेदन करने का कारण:** [Reason]
 - **आपका आवेदन करने का तिथि:** [Date]
 - **आपका आवेदन करने का स्थान:** [Location]
 - **आपका आवेदन करने का व्यक्ति:** [Name]
 - **आपका आवेदन करने का व्यक्ति का पता:** [Address]
 - **आपका आवेदन करने का व्यक्ति का फ़ोन:** [Phone]
 - **आपका आवेदन करने का व्यक्ति का ईमेल:** [Email]

IRS.GOV
Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center • 2727 Paces Ferry Road, Building 2, Floor 10, Atlanta, GA 30339
Phone: 1-855-788-1212 • Fax: 770-916-7511 • Email: Assistance@piedmont.org