

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/IRA	\$
Medicaid	\$
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?	☐ हाँ ☐ नहीं
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?	☐ हाँ ☐ नहीं
क्या मरीज़ के पास Medicaid की सुविधा है? – अगर हाँ, तो पेज 2 पर जाएँ	☐ हाँ ☐ नहीं
क्या मरीज़ ने Medicaid के लिए आवेदन किया है?	☐ हाँ ☐ नहीं
क्या आप गर्भवती हैं?	☐ हाँ ☐ नहीं
क्या आपके पास सामाजिक सुरक्षा दिव्यांगता बीमा है?	☐ हाँ ☐ नहीं
क्या आपकी उम्र 65 साल से ज़्यादा है?	☐ हाँ ☐ नहीं
क्या आपकी उम्र 19 साल या इससे कम है?	☐ हाँ ☐ नहीं
क्या आप एक ऐसे/ऐसी अभिभावक हैं, जिस पर अपने बच्चे की परवरिश की ज़िम्मेदारी है और आप बेरोज़गार हैं?	☐ हाँ ☐ नहीं
अन्य जानकारी	☐ हाँ ☐ नहीं

