

## वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

## आवेदनकर्ता की जानकारी

सेवा की तारीख (अंतीम या भविष्य में): \_\_\_\_\_ सुविधा: \_\_\_\_\_

मरीज का पूरा नाम: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा #: \_\_\_\_\_

जन्म की तारीख: \_\_\_\_\_ मरीज़ का पता: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िपकोड: \_\_\_\_\_

डाक पता: \_\_\_\_\_ माडकल रिकांड नंबर: \_\_\_\_\_

फृण नंबर: \_\_\_\_\_ आवेदन पूरा करने वाले व्यक्ति का नाम: \_\_\_\_\_

मरोज़ के साथ सबधः \_\_\_\_\_

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
						\$
						\$
						\$
						\$
<b>कुल</b>						\$

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

## कवरेज से संबंधित अन्य सवाल

आय	\$	क्या मरीज़ का स्वास्थ्य बीमा है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
सामाजिक सुरक्षा	\$	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 मुआवजा?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
अन्य आय/गुजारा भत्ता/ निवेश/सेवानिवृत्ति	\$	क्या मरीज़ के पास Medicaid की सुविधा है? – अगर हाँ, तो पेज 2 पर जाएँ	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
कुल आय	\$	क्या मरीज़ ने Medicaid के लिए आवेदन किया है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
- D\$ - OB μ	\$	क्या आप गर्भवती हैं?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
• EPK OB μ	\$	क्या आपके पास सामाजिक सुरक्षा दिव्यांगता बीमा है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
401K/IRA <sup>1</sup> घम	\$	क्या आपकी उम्र 65 साल से ज्यादा है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
1, 0 ~ 10 4   1 घम	\$	क्या आपकी उम्र 19 साल या इससे कम है?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
Medicaid घमD  n™lø		क्या आप एक ऐसे/ऐसी अभिभावक हैं, जिस पर अपने बच्चे की परवारिश की ज़िम्मेदारी है और आप बेरोज़गार हैं?	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
अगर आपकी आय का कोई साधन नहीं है, तो आप अपनी ज़रूरतें कैसे पूरी करते/करती हैं?	नीचे बताएँ:	á™    œ™° IA KA  Ø  \$    ~° ६	<input type="checkbox"/> ° IA <input type="checkbox"/> ø° /E
		þKA    ~L# / ¼/½TØΨ O D  :	

## वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर	आवेदनकर्ता का नाम (प्रिंट करें)	तारीख	समय
● श्री विजय कुमार	विजय कुमार	१५.०९.२०२३	१०:०० AM

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 पछाना चाहते हैं या फिर आवेदन परा करने में मदद चाहते हैं, तो वित्तीय सहायता विभाग से यहाँ संपर्क कर सकते हैं:

Á ÙÐÀÌ Ì° ÍÞÙ



Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center • P.O. BOX 571153, Atlanta, GA 30357  
Phone: 1-855-788-1212 • Fax: 770-916-7511 • Email: [Assistance@piedmont.org](mailto:Assistance@piedmont.org)

