

वित्तीय सहायता का आवेदन पत्र

पीडमोंट हेल्थकेयर, ग्राहक सेवा केन्द्र
2727 पेसेज़ फ़ेरी रोड, बिल्डिंग 2, सुइट 500, एटलांटा, जीए 30339
फ़ोन: 1.855.788.1212
फैक्स: 770.916.7511



आवेदक से संबंधित सूचना

सेवा की तारीख (वर्तमान या भविष्य की): _____

रोगी का पूरा नाम: _____ सामाजिक सुरक्षा संख्या: _____

जन्म तिथि: _____ वास्तविक पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____ नियोक्ता/कंपनी का नाम: _____

डाक का पता: _____

निवास का फ़ोन: _____ मोबाइल फ़ोन: _____ मेडिकल रिकॉर्ड नंबर: _____

गारंटी लेने वाले का पूरा नाम: _____ सामाजिक सुरक्षा संख्या: _____

जन्म तिथि: _____ वास्तविक पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____ नियोक्ता/कंपनी का नाम: _____

डाक का पता: _____

निवास का फ़ोन: _____ मोबाइल फ़ोन: _____ रोगी से संबंध: _____

घर के सभी सदस्यों के विधिसम्मत नाम प्रस्तुत करें (ऊपर सूचित रोगी/गारंटर को छोड़कर)

नाम (अंतिम, पहला और मध्य आद्यक्षर)	जन्म तिथि	आयु	गारंटर से संबंध	व्यवसाय	सामाजिक सुरक्षा संख्या	सकल वार्षिक आय

जीवन यापन का मासिक खर्च

व्यय

चिकित्सा, स्वास्थ्य बीमा और मासिक चिकित्सा को मिलाकर	
आवास और उपयोगी ज़रूरतें, किराया, सेल फ़ोन, फ़ोन, केबल/टेलीविज़न, इन्टरनेट, बिजली, गैस, पानी, संपत्ति कर और/या बंधक को मिलाकर	
परिवहन, कार भुगतान, कार बीमा और/या मासिक परिवहन लागत को मिलाकर	
अन्य जीवन यापन खर्च, डे केयर, चाइल्ड सपोर्ट, ट्यूशन और/या निर्वाह-व्यय को मिलाकर	

वित्तीय सहायता का आवेदन पत्र

पीडमोंट हेल्थकेयर, ग्राहक सेवा केन्द्र
2727 पेसेज़ फेरी रोड, बिल्डिंग 2, सुइट 500, एटलांटा, जीए 30339
फ़ोन: 1.855.788.1212
फैक्स: 770.916.7511



घरेलू आमदनी का स्रोत

रोज़गार से आमदनी	
सामाजिक सुरक्षा	
विकलांगता	
बेरोजगारी मुआवजा	
वैवाहिक/बाल सहायता	
निवेश से आय	
किराए से आय	
पेंशन/सेवानिवृत्ति से आय	
बचत या ब्याज	
अन्य आमदनी या सहायता	

अन्य कवरेज प्रश्न

हाँ/नहीं

1. क्या रोगी का स्वास्थ्य बीमा है?	
2. क्या रोगी के पास जॉर्जिया मेडीकैड है?	
3. क्या रोगी का इलाज कामगार मुआवजा के अंतर्गत रक्षित चोटों के लिए चल रहा है?	
4. क्या रोगी का इलाज अन्य पक्ष दायित्व जैसे ऑटो बीमा कंपनी के अंतर्गत रक्षित चोटों के लिए चल रहा है?	

यदि आपकी कोई मासिक आय नहीं है तो कृपया स्पष्ट करें कि आप अपना मासिक खर्च कैसे चलाते हैं

कथन

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने जो सूचना प्रस्तुत की है वह मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता/समझती हूँ कि मैंने जो सूचना प्रस्तुत की है उसका और क्रेडिट एजेंसी के अंकों का संघीय और/या राज्य एजेंसियां और आवश्यकता पड़ने पर अन्य एजेंसियां सत्यापन और समीक्षा करेंगी। मैं अपने नियोक्ता को प्राधिकृत करता हूँ कि वह पीडमोंट हेल्थकेयर को मेरी आय का प्रमाण दे दे। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि अगर मेरे द्वारा प्रस्तुत की गयी कोई भी सूचना असत्य प्रमाणित होती है, तो पीडमोंट हेल्थकेयर मेरी वित्तीय स्थिति का पुनः मूल्यांकन करेगा और समुचित कार्रवाई करेगा।

आवेदक के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

गवाह के हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

आपके आवेदन पत्र पर कार्रवाई करने के लिए सहायक दस्तावेजों की आवश्यकता है। अपेक्षित सहायक सामग्री के उदाहरणों के लिए कृपया इस आवेदन पत्र के पृष्ठ संख्या 3 का संदर्भ लें।

वित्तीय सहायता का आवेदन पत्र

पीडमोंट हेल्थकेयर, ग्राहक सेवा केन्द्र
2727 पेसेज़ फ़ेरी रोड, बिल्डिंग 2, सुइट 500, एटलांटा, जीए 30339
फ़ोन: 1.855.788.1212
फैक्स: 770.916.7511



- फोटो युक्त पहचान पत्र - राज्य द्वारा जारी ड्राइवर का लाइसेंस, राज्य पहचान पत्र, पासपोर्ट, या दूतावासीय अथवा स्कूल का फोटो पहचान पत्र।
- वीसा या निवासी विदेशी कार्ड (यदि लागू हो)
- निवास का प्रमाण - निम्नलिखित में एक से तीन तक के दस्तावेज अपेक्षित हैं जिनमें आपका मौजूदा सड़क का पता दर्शित हो:
 - एक से तीन उपयोगिता बिल जैसे बिजली बिल, गैस बिल, पानी बिल, टेलीफोन बिल
 - पट्टे का अनुबंध
 - किराए की रसीद जिसमें मौजूदा पता अंकित हो
 - फूड स्टैम्प्स लेटर
 - मतदाता पंजीकरण कार्ड
 - अन्य व्यावसायिक दस्तावेज जो आपके निवास स्थान को सत्यापित करते हैं, जैसे: क्रेडिट कार्ड विवरण, आईआरएस मेडीकैड पत्र, स्कूल का छात्र होने संबंधी पत्र, केबल बिल, सेल टेलीफोन बिल, बैंक स्टेटमेंट, बंधक विवरण, चेक के अधपन्ने जिनमें आपका पता दर्शित हो, आदि।
 - नोट: ए.पी.ओ. बॉक्स निवास का पता सूचित नहीं करता।
- आय का प्रमाण - निम्नलिखित में से एक दस्तावेज अपेक्षित है।
 - मौजूदा भुगतान चेकों के तीन अधपन्ने (रोगी और साझेदार)
 - बेरोजगारी दावा, श्रमिक मजदूरी पूछताछ विभाग (डब्ल्यूजी-15)
 - यदि बचत से जीवन यापन हो रहा है तो हाल के तीन महीनों के बैंक स्टेटमेंट की प्रतियाँ
 - नियोक्ता द्वारा कंपनी के लेटरहेड पर लिखा गया पत्र जिसमें प्रारंभ की तारीख, मौजूदा सेवायोजन, प्रति घंटे भुगतान की दर, प्रत्येक वेतन अवधि में भुगतान की गयी रकम और कब कब भुगतान किया जाता है - इन बातों की पुष्टि की गयी हो।
 - ऐसे निर्णय को सूचित करने वाले कोई पत्र कि रोगी बेरोजगारी मुआवजा, मेडीकैड, सामाजिक सुरक्षा विकलांगता सहायता, सामान्य सहायता आदि पा रहा है।
 - फूड स्टैम्प्स लेटर और भुगतान के चेकों के अधपन्ने
 - गृहविहीन होने का सत्यापन या कंपनी के लेटरहेड पर आश्रयदाता का पत्र
 - अन्य व्यावसायिक दस्तावेज जो यह दर्शाते हों कि।
- आश्रितों की संख्या का प्रमाण - निम्नलिखित में से कोई एक प्रमाण अपेक्षित है:
 - पिछले वर्ष का हस्ताक्षरित आयकर विवरण (बिलकुल हाल का)
 - किसी ऐसे निर्णय संबंधी पत्र जो यह सूचित करते हों कि रोगी के ऊपर बच्चे की कानूनी जिम्मेदारी है, जैसे न्यायालय द्वारा आदेशित संरक्षण या अभिरक्षा संबंधी कागजात
 - 18 साल या उससे कम उम्र के प्रत्येक बच्चे का जन्म प्रमाणपत्र