

वित्तीय सहायता नीति
हॉलमार्क स्वास्थ्य प्रणाली

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

विषय - सूची

I. उद्देश्य.....	2
II. परिभाषाएं.....	2
III. सामान्य प्रावधान	3
a. भाग लेने वाली संस्थाएं	3
b. हॉलमार्क स्वास्थ्य बीमारहित और बीमागत रोगियों को इस प्रकार परिभाषित किया गया है:	3
c. रोगी जिम्मेदारियां:.....	4
d. हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता और परामर्श:	4
IV. हॉलमार्क स्वास्थ्य रोगी डिस्काउंट कार्यक्रम	4
a. हॉलमार्क हेल्थ निम्न रोगी डिस्काउंट कार्यक्रम प्रदान करता है :.....	4
b. आवेदन और स्क्रीनिंग प्रक्रिया:	5
c. कवरेज के लिए अनुमोदन:.....	5
d. रोगी आय की सीमाएं:.....	5
e. योग्य सेवाएं:.....	5
f. अपवर्जन:.....	6
g. हॉलमार्क स्वास्थ्य कम आय रोगी छूट:	6
h. हॉलमार्क स्वास्थ्य चिकित्सा कठिनाई छूट:.....	7
i. हॉलमार्क स्वास्थ्य बीमारहित और बीमागत रोगी छूट नीति:.....	7
j. मरीजों के लिए आरोपित राशि की गणना के आधार:	7
V. भुगतान योजना.....	8
VI. गैर भुगतान	9
VII. एफएपी के प्रकाशन और प्रसारण.....	9
a. हॉलमार्क स्वास्थ्य के वित्तीय सलाहकारों के बारे में जानकारी, जो वित्तीय परामर्श और वित्तीय सहायता प्रदान करते हैं, और वित्तीय सहायता नीति के बारे में जानकारी ऑनलाइन पर स्थित हो सकती है https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html	9
b. इंटरनेट पोस्टिंग	9
c. अस्पताल व्यापक रूप से निम्नलिखित तरीकों से इस नीति के तहत वित्तीय सहायता की उपलब्धता का प्रचार करता है:.....	9
VIII. अन्य प्रावधान:	10
a. मेडिकर बुरा ऋण:.....	10
b. केस-बाय-केस मूल्यांकन:.....	10
IX. बोर्ड स्वीकृति.....	10

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

I. उद्देश्य

इस नीति के दौरान सामान्यतः "अस्पताल" के रूप में संदर्भित हॉलमार्क स्वास्थ्य, समुदाय के लिए गुणवत्ता वाली स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध है। अस्पताल सभी रोगियों को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं प्रदान करते हैं, चाहे उन्हें भुगतान करने की क्षमता न हो। अस्पताल जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, नागरिकता, अलगाव, धर्म, पंथ, लिंग, यौन अभिविन्यास, लिंग पहचान, उम्र, विकलांगता, मादक द्रव्यों के सेवन, सामाजिक-आर्थिक स्थिति, बीमा की कमी, या शारीरिक के आधार पर भेदभाव नहीं करेगा अपनी सेवाएं प्रदान करने में उपस्थिति ऐसी उच्च गुणवत्ता वाली सेवाएं प्रदान करने और अपने समुदाय की आवश्यकताओं के समर्थन के लिए, हॉलमार्क स्वास्थ्य को एक व्यवहार्य वित्तीय नींव को बनाए रखना चाहिए जिसमें उसके खातों का समयबद्ध संग्रह शामिल है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य यह मानते हैं कि कुछ मरीजों के सीमित साधन हैं और सभी सेवाओं के लिए बीमा कवरेज तक पहुंच नहीं हो सकती है। यह नीति विभिन्न अस्पतालों के वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के सीमित वित्तीय संसाधनों के साथ अपूर्वदृष्ट और अंडरइज्ड रोगियों को सूचित करने के लिए विकसित की गई है जो कि उनके लिए उपलब्ध हो सकती हैं।

जिन रोगियों के पास साधन हैं उन्हें हॉलमार्क हेल्थ द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए भुगतान करना अपेक्षित है। यह नीति यह मानती है कि जो रोगी सस्ती बीमा तक पहुंच रखते हैं वे अपने कवरेज के लिए आवेदन करेंगे और बनाए रखेंगे। हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम मुख्य रूप से उन रोगियों की सेवा प्रदान करते हैं, जिनके पास सार्वजनिक रूप से या तो एक सार्वजनिक (जैसे, मेडिकेयर या मेडिकेड) या निजी (जैसे ब्लू क्रॉस ब्लू शील्ड, हार्वर्ड पिलग्रिम, आदि) स्रोत नहीं हैं और एक अनमेत वित्तीय है जरूरत। यदि लागू मानदंडों को पूरा किया जाता है, तो हॉलमार्क हेल्थ डिस्काउंट मरीजों के लिए सीमित वित्तीय जरूरतों की वजह से या तो उनकी वित्तीय जरूरतों के मुताबिक उपलब्ध हो सकती है या यदि उनके मेडिकल बिल उनकी आय का अत्यधिक हिस्सा हैं

II. परिभाषाएं

आपातकालीन सेवाएं: चिकित्सा संबंधी स्थिति की शुरुआत के बाद उपलब्ध चिकित्सा सेवाएं, चाहे शारीरिक या मानसिक, गंभीर दर्द सहित पर्याप्त गंभीरता के लक्षणों से खुद को प्रकट करते हुए, शीघ्र चिकित्सकीय ध्यान की अनुपस्थिति को एक विवेकपूर्ण व्यक्ति द्वारा उचित उम्मीद की जा सकती है जो एक स्वास्थ्य और चिकित्सा के औसत ज्ञान से व्यक्ति या किसी अन्य व्यक्ति के स्वास्थ्य को गंभीर खतरे में डालने, शरीर के किसी भी शरीर के अंग या भाग के गंभीर विकार या गर्भवती महिला के संबंध में, यानी 42 यूएससी § 13 9 5 9 (ई) (1) (बी) आपातकालीन चिकित्सा देखभाल या आपातकालीन चिकित्सा उपचार या श्रम अधिनियम (एएमटीएएलए) (42 यूएससी § 1395 (डीडी) के तहत जरूरी हद तक प्रदान की गई किसी अन्य ऐसी सेवा सहित, जिसमें एक आपातकालीन चिकित्सा स्थिति के लिए एक मेडिकल स्क्रीनिंग परीक्षा और कोई भी स्थिर उपचार शामिल है), आपातकालीन सेवाओं के रूप में योग्य है।

तत्काल सेवाएं: चिकित्सा की अचानक शुरुआत होने के बाद चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं प्रदान की जाती हैं, चाहे वह शारीरिक या मानसिक हो, चाहे वह पर्याप्त गंभीरता (तीव्र दर्द सहित) के तीव्र लक्षणों से प्रकट हो जाए, जो एक विवेकपूर्ण व्यक्ति का मानना है कि 24 घंटों के भीतर चिकित्सा सहायता की अनुपस्थिति यथोचित हो सकती है मरीज के स्वास्थ्य को खतरे में रखने, शारीरिक कार्य करने के लिए हानि, या किसी भी शारीरिक अंग या भाग के दोष का परिणाम देने की उम्मीद है। तत्काल सेवाएं ऐसी परिस्थितियों के लिए प्रदान की जाती हैं जो जीवन की धमकी नहीं दे रहे हैं और किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य के गंभीर नुकसान का उच्च जोखिम नहीं डालती हैं।

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

मेडिकल आवश्यक गैर-आपातकालीन, गैर-तत्काल सेवाएं: सेवाओं जो आपातकालीन या तत्काल सेवाओं की परिभाषा को पूरा नहीं करते हैं लेकिन जो चिकित्सकीय रूप से आवश्यक हैं मरीज को आम तौर पर, लेकिन विशेष रूप से, इन सेवाओं को अग्रिम रूप से निर्धारित नहीं किया जाता है।

गैर-मेडिकल आवश्यक सेवाएं: एक प्रक्रिया, परीक्षण या सेवा जो स्वास्थ्य की गुणवत्ता पर प्रभाव नहीं डालती है या आपातकालीन या तत्काल देखभाल की आवश्यकता होती है।

III. सामान्य प्रावधान

a. भाग लेने वाली संस्थाएं

यह नीति परिशिष्ट ए-हॉलमार्क स्वास्थ्य स्थान, भाग लेने वाली संस्थाओं में निर्धारित स्थानों पर अस्पताल द्वारा वितरित और बिल की गई सेवाओं पर लागू होती है। यह नीति परिशिष्ट बी-हॉलमार्क स्वास्थ्य प्रदाता संबद्ध सूची, गैर-पार्टिसिपेटिंग इकाइयों में सूचीबद्ध संस्थाओं द्वारा प्रदत्त सेवाओं और सेवाओं पर लागू नहीं होती है, यहां तक कि ऐसे मामलों में जहां ऐसी सेवाओं को परिशिष्ट ए में उल्लिखित अस्पताल के स्थानों में प्रस्तुत किया जा सकता है।

b. पहचान स्वास्थ्य बीमारहित और बीमागत रोगियों को इस प्रकार परिभाषित किया गया है:

1. कोई स्वास्थ्य बीमा नहीं वाले मरीजों ("बीमारहित");
2. मरीजों जिनके केवल "बीमा" मैसाचुसेट्स स्वास्थ्य सुरक्षा नेट है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

3. जिन रोगियों के पास शेष राशि है जो उनके बीमा योजना के तहत "थक गए" लाभों से उत्पन्न होती है; या
4. जिन रोगियों की शेष राशि "गैर-कवर" सेवाओं से होती है, जहां बीमा ने निर्धारित किया है कि रोगी पूरी तरह से जिम्मेदार नहीं है। इसमें ऐसी सेवाएं शामिल हैं जहां बीमाकर्ता की नेटवर्क सीमा के कारण बीमाकर्ता ने कवरेज से इनकार किया था।

c. रोगी जिम्मेदारियां:

- i. इस नीति के तहत अस्पताल से सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए मरीज की कई जिम्मेदारियां हैं, जिनमें शामिल हैं:
 1. बीमा कवरेज प्राप्त करने और बनाए रखने के लिए दायित्व, यदि सस्ती कवरेज उनके लिए उपलब्ध है;
 2. किसी भी सरकारी प्रायोजित बीमा कार्यक्रम के लिए आवेदन करने का दायित्व जिसके लिए वे योग्य हो सकते हैं;
 3. समय-समय पर प्रस्तुत करने के लिए बाध्यता, आय, परिसंपत्तियों, पहचान, और निवास के सभी अनुरोधित दस्तावेजों को राज्य कवरेज में दाखिला लेने और / या हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा करने के लिए आवश्यक है;
 4. वर्तमान जनसांख्यिकीय और बीमा जानकारी के बारे में अस्पताल को अवगत कराने का दायित्व; तथा
 5. समय सीमा पर सहमति के साथ सभी शेष राशि का भुगतान करने की बाध्यता।

d. हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता और परामर्श:

- i. बीमा सहकारिता वित्तीय सहायता विकल्पों पर चर्चा करने के लिए नियुक्तियों को निर्धारित करने के लिए मरीजों और हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सलाहकारों के साथ सेवा के लिए निर्धारित पहचानेवाले अपूर्वदृष्ट और अंडरइज्ड मरीज की समीक्षा करती है।
- ii. मरीजों को हॉलमार्क स्वास्थ्य विभागों के वित्तीय सलाहकारों के लिए भी भेजा जाता है।
- iii. वित्तीय सलाहकार सार्वजनिक और / या निजी बीमा कवरेज के लिए पात्रता के लिए रोगियों को स्क्रीन करते हैं।
 1. पात्र राज्यों और संघीय कार्यक्रमों के लिए हॉलमार्क स्वास्थ्य स्क्रीन मरीज। इस नीति के तहत छूट के लिए योग्य होने के लिए, मरीज को विभिन्न प्रकार के राज्यों और संघीय कार्यक्रमों के लिए आवेदन करना पड़ सकता है, जिसमें मास हेल्थ और / या मेडिकेयर तक सीमित नहीं है।
 2. यदि मरीज सार्वजनिक पात्रता दिशानिर्देशों को पूरा करता है, तो वित्तीय सलाहकार आवेदन प्रक्रिया पर सलाह देंगे और जब संभव हो तो आवेदन के साथ मरीज को सहायता करेंगे।
 3. यदि मरीज सार्वजनिक पात्रता दिशानिर्देशों (यानी, उनके संघीय गरीबी स्तर ("एफपीएल"), आव्रजन स्थिति, आदि के आधार पर) किसी भी उपलब्ध सार्वजनिक कार्यक्रमों के लिए अस्वीकार कर दिया जाता है या यदि सार्वजनिक कार्यक्रम पूरी तरह से कवर नहीं करेगा रोगी की लागत, वित्तीय सलाहकार निजी कवरेज विकल्प सलाह देंगे और हॉलमार्क स्वास्थ्य की वित्तीय सहायता डिस्काउंट कार्यक्रम (नीचे अनुभाग IV) के तहत पात्रता के लिए रोगी को स्क्रीन करेंगे।

IV. हॉलमार्क स्वास्थ्य रोगी छूट कार्यक्रम

- a. हॉलमार्क हेल्थ निम्न रोगी छूट कार्यक्रम प्रदान करता है:
 - i. हॉलमार्क हेल्थ एफपीएल थ्रेसहोल्ड (सेक्शन IV (जी)) के द्वारा योग्य के रूप में कम आय रोगी डिस्काउंट।
 - ii. मेडिकल कठिनाई डिस्काउंट, जो कि हॉलमार्क हेल्थ थ्रेसहोल्ड (सेक्शन IV (एच)) द्वारा योग्य है।
 - iii. बीमारहित और बीमागत छूट(धारा IV (i))

रोगी सह-भुगतान, कटौती, और सह-बीमा को छोड़कर, परिशिष्ट सी - हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता डिस्काउंट रकम में हॉलमार्क स्वास्थ्य निर्धारित सीमा से मिलने वाले इन रोगियों की जिम्मेदारी के साथ इन कार्यक्रमों के तहत छूट सभी शेष (शेष) को दी जा सकती है। अगर मरीज कई डिस्काउंट कार्यक्रमों के लिए अर्हता प्राप्त करते हैं, तो उच्चतम छूट वाला कार्यक्रम दिया जाएगा। छूट किसी भी रिश्ते पर आधारित नहीं होगी, जिसमें रोगी या उसके परिवार में अस्पताल कर्मचारी या शासी निकाय के सदस्य हो सकते हैं। एक चिकित्सक या उसके परिवार के लिए "पेशेवर शिष्टाचार" के किसी भी विचार के आधार पर छूट का विस्तार नहीं किया जाएगा मरीज को छूट देने के लिए मरीज को सेवाओं को प्राप्त करने के लिए प्रेरित नहीं किया जाएगा या अन्यथा किसी संघीय स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम द्वारा देय व्यवसाय की किसी भी तरह से जुड़ा हुआ नहीं होगा और न ही उन्हें अस्पताल द्वारा प्रदान की जाने वाली वस्तुओं या सेवाओं के लिए नकद या फिर अन्य हॉलमार्क स्वास्थ्य इकाई (इसमें उपहार की दुकान, कैफेटेरिया, आदि के लिए छूट शामिल है)।

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

b. आवेदन और स्क्रीनिंग प्रक्रिया:

i. सहायता के लिए विचार करने के लिए मरीजों को एक आवश्यक हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता आवेदन (परिशिष्ट डी) को आवश्यक सहयोगी दस्तावेजों के साथ जमा करना होगा। आवश्यक दस्तावेज शामिल हो सकते हैं, लेकिन इन सबूतों तक सीमित नहीं है: (1) वार्षिक घरेलू आय (वेतनवाहक स्टेब, सामाजिक सुरक्षा भुगतान का रिकॉर्ड, और नियोक्ता, टैक्स रिटर्न या बैंक स्टेटमेंट से एक पत्र), (2) नागरिकता और पहचान, (3) गैर-नागरिकों के लिए आव्रजन स्थिति (यदि लागू हो), (4) उन व्यक्तियों की संपत्ति जो 65 वर्ष से अधिक है, और (5) बीमा जानकारी, लाभ कवरेज और नेटवर्क सीमाएं शामिल हैं अस्पताल द्वारा आवेदन के लिए आवेदन करने के लिए आवेदन के प्रारंभिक सबमिशन के 30 दिनों के भीतर सभी सहयोगी दस्तावेजों को प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

ii. गोपनीय अनुप्रयोगों को नाबालिगों और दुर्व्यवहार व्यक्तियों के लिए अस्पताल में प्रस्तुत किया जा सकता है। ऐसे व्यक्तियों को वित्तीय सलाहकार से संपर्क करना चाहिए।

iii. हॉलमार्क हेल्थ हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता के लिए किसी रोगी के वित्तीय सहायता आवेदन पर अपना निर्धारण करने के लिए पात्रता के पूर्व निर्धारण नहीं लेता है

iv. हॉलमार्क हेल्थ हर छह महीने में डिस्काउंट के लिए पात्रता की पुनः सत्यापित करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

c. कवरेज के लिए अनुमोदन:

i. अस्पताल हॉलमार्क हेल्थ के कार्यक्रम पात्रता निर्धारण के लिखित रूप में मरीजों को सूचित करेगा। संदर्भ परिशिष्ट ई-हॉलमार्क स्वास्थ्य कार्यक्रम पात्रता निर्धारण सूचनाएं

ii. अस्पताल के पास आवेदनों से इनकार करने का अधिकार सुरक्षित है यदि सभी सहायक दस्तावेज समय पर प्राप्त नहीं किए गए हैं।

iii. यदि कोई आवेदक नई जानकारी के साथ अस्पताल प्रदान करता है तो कार्यक्रम की योग्यता निर्धारण की अपील पर पुनर्विचार किया जा सकता है।

d. रोगी आय की सीमाएं:

i. संयुक्त राज्य के निवासियों के लिए, परिवार की कुल आय के लिए सबसे हाल ही में प्रकाशित एफपीएल का इस्तेमाल धारा IV (जी) और धारा IV (एच) में वर्णित छूट के लिए प्राथमिक निर्णायक के रूप में किया जाएगा।

ii. गैर-अमेरिकी निवासियों और अमेरिकी निवासियों जो इस नीति की धारा III (सी) की आवश्यकताओं को पूरा करते हैं लेकिन जो एफपीएल के योग्यता मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं, वे नीचे अनुभाग IV (i) में वर्णित अपूर्वदृष्ट और अंडरइंडहेड डिस्काउंट के लिए हकदार हो सकते हैं।

iii. इस रोगी की धारा III (सी) की आवश्यकताओं को पूरा करने वाले सभी रोगी नीचे धारा IV (एच) में बताए अनुसार हॉलमार्क हेल्थ मेडिकल हार्डिश डिस्काउंट के लिए योग्य हो सकते हैं।

e. योग्य सेवाएं:

i. यह नीति आम तौर पर प्रदान की गई और चिकित्सकीय रूप से आवश्यक सेवाएं तक सीमित है जिसमें हॉलमार्क स्वास्थ्य शामिल है:

1. आपातकालीन सेवाएं:
2. तत्काल सेवाएं; तथा
3. गैर-आपातकाल, गैर-तत्काल सेवाएं

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

f. अपवर्जन:

- i. हॉलमार्क हेल्थ गैर-चिकित्सा संबंधी आवश्यक सेवाओं के लिए वित्तीय सहायता प्रदान नहीं करता है क्योंकि ऐसी सेवाएं उपचार चिकित्सक द्वारा निर्धारित की जाती हैं। अस्पताल से वित्तीय सहायता के लिए अपात्र सेवाओं के उदाहरणों में शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं: गैर-चिकित्सा सेवा (उदा।, सामाजिक, शैक्षिक या व्यावसायिक, कॉस्मेटिक सर्जरी, शोध या अन्य) इस नीति के उद्देश्यों के लिए कौन से सेवाओं को योग्य माना जाता है, इसका निर्धारण केवल अस्पताल के साथ होता है
- ii. हॉलमार्क हेल्थ आम तौर पर गैर-आपातकालीन, गैर-अत्यावश्यक सेवाओं के लिए रोगियों को छूट प्रदान नहीं करता है, जहां देखभाल के लिए रोगी की आवश्यकता होती है और मरीज को सेवा के क्षेत्र से बाहर हॉलमार्क हेल्थ में आने पर देखभाल के लिए सेवाएं प्रदान की जाती हैं।
- iii. इस नीति के तहत रोगी सह-भुगतान, कटौती, और सह-बीमा कवरेज से बाहर रखा गया है।

g. हॉलमार्क स्वास्थ्य कम आय रोगी छूट:

- i. संयुक्त राज्य के निवासियों के लिए, परिवार की कुल आय के लिए सबसे हाल ही में प्रकाशित एफपीएल का उपयोग प्राथमिक निर्धारक के रूप में किया जाएगा। केवल आय पर आधारित छूट आम तौर पर परिवार के आय वाले मरीजों तक सीमित होती है, जो कि एफपीएल का 301% से भी कम है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

ii इस दहलीज से मिलने वाले मरीजों को नीचे अनुभाग IV (जे) में उल्लिखित रूप में आम तौर पर बिल की गई राशि (एजीबी) की दर से या उससे अधिक की छूट दी जाएगी।

iii. इस छूट के निर्धारण में हॉलमार्क स्वास्थ्य की जिम्मेदारी है

iv. अतिरिक्त विवरण के लिए परिशिष्ट सी और परिशिष्ट डी संदर्भ।

h. हॉलमार्क स्वास्थ्य चिकित्सा कठिनाई छूट:

i. हॉलमार्क स्वास्थ्य कम आय पैसेंट छूट के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए आवश्यक होने वाले मरीजों को अभी भी छूट के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए जरूरी एफपीएल सीमा आवश्यकताओं को पूरा नहीं किया जा सकता है, अगर वे यह दिखा सकते हैं कि उनका मेडिकल खर्च उनके परिवार की आय का 20% से अधिक है पहले 12 महीनों में व्यय हुआ होगा और उन खर्चों तक सीमित होगा जो आंतरिक राजस्व सेवा के नियमों के तहत चिकित्सा व्यय के रूप में संभवतः अर्हता प्राप्त कर सकते हैं

ii. इस डिस्काउंट के लिए निर्धारण हॉलमार्क स्वास्थ्य की जिम्मेदारी है।

iii. अतिरिक्त विवरण के लिए परिशिष्ट सी और परिशिष्ट डी संदर्भ।

i. हॉलमार्क स्वास्थ्य बीमारहित और बीमागत रोगी छूट नीति:

i. हॉलमार्क स्वास्थ्य उपर्युक्त धारा III (बी) में सूचीबद्ध "अपूर्वदृढ़ और अंडरइंसहेड मरीजों" के लिए योग्यता को पूरा करने वाले निवासियों की परवाह किए बिना सभी आय के स्तरों के रोगियों को जो उपरोक्त धारा III (सी) की मरीज की जिम्मेदारियों को पूरा करें, एक हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता आवेदन छूट प्रदान करेगा।

ii. इस पॉलिसी की शर्तों को पूरा करने वाले सभी बीमारहित और बीमागत रोगी पात्रता सेवानिवृत्ति पर 40% तक की डिस्काउंट के लिए पात्र हैं यदि भुगतान प्राप्त हुआ है या प्रारंभिक बिल के 30 दिनों के भीतर भुगतान योजना के लिए सहमति है।

1. गैर-आपातकालीन, गैर-अत्यावश्यक सेवाओं के लिए, भुगतान पूर्ण होने या भुगतान करने की योजना है, सेवा वितरण से पहले। वास्तविक शुल्क अनुमान से अधिक होने चाहिए, मरीज को प्रारंभिक बिल के 30 दिनों के भीतर किसी भी अतिरिक्त राशि का भुगतान करना चाहिए।

a. अगर अतिरिक्त समय का भुगतान नहीं किया जाता है, तो पूरे छूट समझौते को उलट कर दिया जा सकता है और मरीज को पूरे शुल्क के लिए बिल भेजा जाएगा।

2. आपातकालीन या तत्काल सेवाओं के लिए, प्रारंभिक बिल के 30 दिनों के भीतर, भुगतान करने के लिए भुगतान किया जाना चाहिए या भुगतान की योजना बनाई जानी चाहिए।

iii. इस पॉलिसी के तहत डिस्काउंट देने पर मूल्यांकन करने में, हॉलमार्क हेल्थ यह ध्यान में रख सकता है कि क्या सभी बकाया शेष राशि पर एक मरीज चालू है या नहीं।

j. मरीजों के लिए आरोपित राशि की गणना के आधार:

i. उपरोक्त धारा IV (जी) या धारा IV (एच) में निर्दिष्ट छूट कार्यक्रमों के लिए रोगी की पात्रता के निर्धारण के बाद, रोगी को अस्पताल द्वारा आम तौर पर बिल ("एजीबी") की राशि से अधिक योग्य सेवाओं के लिए शुल्क नहीं लिया जाएगा।।

ii. हॉलमार्क हेल्थ एजीबी को निर्धारित करता है कि पहले वित्तीय वर्ष के लिए कुल फैसले (पीएएफ) पर भुगतान करने के लिए सभी वाणिज्यिक और मेडिसर फीस-के-सेवा (एफएफएस) और मेडिसर मैनेजमेंट की देखभाल योजनाओं के कुल शुल्कों के द्वारा कुल भुगतान को विभाजित किया जाता है। पूर्व वित्त वर्ष के लिए यह आम तौर पर अक्टूबर में किया जाता है जब स्वास्थ्य योजनाओं का सबसे सटीक डेटा उपलब्ध होता है। न्यूनतम पहचान स्वास्थ्य कम आय रोगी छूट पिछले वित्तीय वर्ष के पीएएफ के व्युत्क्रम के बराबर है, जो कि एजीबी है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

iii. उदाहरण के लिए, एजीबी गणना:

1. वाणिज्यिक, चिकित्सा एफएफएस, और मैडिकर मैनेजमेंट की देखभाल योजना से कुल भुगतान: \$ 150
2. वाणिज्यिक, मेडिकर एफएफएस, और मैडिकर मैनेजर केयर प्लान के लिए कुल शुल्क: \$ 350
3. पीएफ: 42.28%
4. हॉलमार्क स्वास्थ्य कम आय रोगी एजीबी छूट: 57.72%

iv. हॉलमार्क स्वास्थ्य कम आय रोगी न्यूनतम डिस्काउंट, जो एजीबी है, प्रभावी 10/1/2016 में 57.72% है। ये वाणिज्यिक और मेडिकर एफएफएस से निर्धारित किए गए थे, और मैडिकर मैनेजमेंट कीयर प्लान '10/1/2015 से 9/30/2016 की अवधि के लिए भुगतान किए गए दावे।

V. भुगतान योजना

पात्रता सेवाओं के लिए ब्याज-मुक्त भुगतान योजना उन सभी रोगियों को दी जाएगी जो धारा III (सी) में निर्धारित मानदंडों को पूरा करते हैं।

अनुरोध पर ऊपर भुगतान योजना की अंतिम स्वीकृति रोगी की स्थिति और भुगतान की पूरी समीक्षा के अधीन है।

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

हॉलमार्क स्वास्थ्य सभी रोगी भुगतान योजनाओं को संसाधित करेगा। एक बाहरी विक्रेता द्वारा भुगतान योजनाओं की निगरानी की जाती है यदि भुगतान योजना पर सहमति हो, तो पूर्ण रोग अनुपालन की उम्मीद है। यदि एक रोगी लगातार दो भुगतानों को याद करता है, तो भुगतान योजना समाप्त कर दी जाती है और अस्पताल के क्रेडिट और संग्रह नीति <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html> बदले हुए वित्तीय परिस्थितियों के रोगी से अधिसूचना पर, अस्पताल मरीज की बकाया भुगतान की जिम्मेदारी का पुनः मूल्यांकन कर सकता है।

- a. मैसाचुसेट्स हेल्थ सेफ्टी नेट कार्यक्रम के तहत एक कम आय वाले रोगी या चिकित्सा कठिनाइयों के लिए योग्य होने वाले मरीजों को भुगतान योजना की पेशकश करने वाले अस्पताल से पहले धारा III (सी) में निर्धारित मानदंडों को पूरा करने की आवश्यकता नहीं है। एचएसएन कम आय या मेडिकल कठोर रोगियों के लिए 1,000 डॉलर या उससे कम के शेष के साथ, ऐसी भुगतान योजना कम से कम एक साल की ब्याज-मुक्त योजना होगी, जिसमें न्यूनतम 25 डॉलर प्रति माह से कम भुगतान होगा। एचएसएन कम आय या मेडिकल कठोर रोगियों के लिए 1,000 डॉलर या उससे अधिक की शेष राशि के साथ, ऐसी भुगतान योजना कम से कम एक दो साल, ब्याज मुक्त योजना होगी।

VI. गैर भुगतान

अस्पताल एक अलग क्रेडिट और संग्रह नीति रखता है जो अस्पताल द्वारा भुगतान न किए जाने वाले कार्यों को संबोधित करता है और उन रोगियों की एक सूची भी शामिल करता है जो किसी भी संग्रह कार्रवाई से राज्य के कानून के तहत संरक्षित हो सकते हैं। ऐसी नीति के तहत किसी भी असाधारण संग्रह कार्यों में शामिल होने से पहले, अस्पताल उपलब्ध सहायता कार्यक्रमों के बारे में लिखित रूप में मरीज को सूचित करके और हॉलमार्क के पूरा होने के साथ इस तरह के व्यक्ति की सहायता से इस नीति के तहत एक मरीज के लिए वित्तीय सहायता के लिए उचित प्रयास करेगा। स्वास्थ्य वित्तीय सहायता आवेदन अस्पताल की अलग क्रेडिट और संग्रह नीति अस्पताल की वेबसाइट <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html> पर जनता के सदस्यों के लिए आसानी से उपलब्ध है।

VII. एफएपी के प्रकाशन और प्रसारण

- a. हॉलमार्क हेल्थ के वित्तीय सलाहकारों के बारे में जानकारी, जो वित्तीय परामर्श और वित्तीय सहायता प्रदान करते हैं, और वित्तीय सहायता नीति के बारे में जानकारी ऑनलाइन <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html> स्थित हो सकती है।

i. टेलीफोन द्वारा वित्तीय काउंसलर के साथ नियुक्ति के लिए आप कॉल कर सकते हैं: 781-338-7111

ii. हॉलमार्क हेल्थ फाइनेंशियल काउंसलर्स निम्नलिखित हॉलमार्क स्वास्थ्य स्थानों पर स्थित हैं:

1. मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल, पोर्टर स्ट्रीट प्रवेश द्वार के पास 1 ले मंजिल, 585 लेबनान स्ट्रीट, मेलरोस, एमए

02176।

2. लॉरेस मेमोरियल अस्पताल, आपातकालीन विभाग के बगल में, 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155

b. इंटरनेट पोस्टिंग

i. हॉलमार्क हेल्थ फाइनेंशियल काउंसलर्स के माध्यम से उपलब्ध होने के अलावा, हॉलमार्क हेल्थ फाइनेंशियल असिस्टेंट पॉलिसी, आवेदन फॉर्म और एक सादा भाषा सारांश यहां <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html> उपलब्ध हैं:

1. रोगी / आगंतुक - * वित्तीय परामर्श और बिलिंग - * वित्तीय सहायता नीतियां चुनकर हॉलमार्क हेल्थ होमपेज <https://www.hallmarkhealth.org> से इस वेबसाइट को भी एक्सेस किया जा सकता है।

2. वेबसाइट में ऐसे तरीके शामिल हैं, जिनमें रोगी अस्पताल से सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं, जिनमें वित्तीय सलाहकार की एक सूची और एक वित्तीय सलाहकार के साथ नियुक्ति के लिए एक केंद्रीय फोन नंबर शामिल है। वेबसाइट मरीजों को बताती है कि आवेदन फॉर्म और वित्तीय सहायता मुफ्त हैं।

c. अस्पताल व्यापक रूप से निम्नलिखित तरीकों से इस नीति के तहत वित्तीय सहायता की उपलब्धता का प्रचार करता है:

i. बड़े, स्पष्ट संकेत (8 "एक्स 14") सभी प्रविष्टियों के पोर्टल्स और अन्य उच्च यातायात क्षेत्रों में तैनात हैं, जिनमें आपातकालीन विभाग, वित्तीय समन्वय और ग्राहक सेवा शामिल हैं।

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति

ii हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता विकल्पों की उपलब्धता का विज्ञापन करने वाली सादी भाषा ब्रोशर आपातकालीन विभाग और प्रवेश क्षेत्रों में प्रदर्शित की जाती हैं।

iii अस्पताल के सेवन और निर्वहन प्रक्रिया के भाग के रूप में एफएपी के सादे भाषा सारांश रोगियों को उपलब्ध हैं।

iv अस्पताल की एफएपी नीति, आवेदन और सादा भाषा सारांश की प्रतियां उन मरीजों के लिए उपलब्ध करायी जाती हैं जो एक प्रति, व्यक्ति में, या मेल द्वारा और किसी भी रोगी के लिए विशिष्ट प्रश्न पूछते हैं।

v पॉलिसी, आवेदन फॉर्म और सादा भाषा सारांश सहित सामग्री अंग्रेजी, चीनी, स्पेनिश, वियतनामी, पुर्तगाली, रूसी, ग्रीक, हिन्दी, इटालियन, क्रेओल और अरबी में उपलब्ध है।

vi अस्पताल समुदाय कार्यक्रम कर्मचारियों को एफएपी के बारे में शिक्षित किया जाता है और उन्हें सूचित किया जाता है कि हॉलमार्क स्वास्थ्य पर वित्तीय सहायता की उपलब्धता के उनके समुदाय के घटकों को सूचित किया गया है।

VIII. अन्य प्रावधान:

a. मेडिकर बुरा ऋण

i. इस पॉलिसी का इस्तेमाल एक रोगी के अस्वस्थता को सत्यापित करने के लिए भी किया जा सकता है, जिसमें सह-बीमा के परिणामस्वरूप अपने शेष राशि के योग्यता के लिए या मेडिकर द्वारा कवर की गई सेवाओं से घटाया जा सकता है, जहां मेडिकर बुरा ऋण लागू है। निर्धारक अपनी रिपोर्ट की परिसंपत्ति स्तर की मरीज की वर्तमान आय होगी। अर्हता प्राप्त करने के लिए, मरीज को एफपीएल के 201% से कम और पहले परिवार के किसी सदस्य के लिए \$ 3,000 अतिरिक्त प्रत्येक अतिरिक्त परिवार के सदस्य के लिए अनुमति के साथ \$ 10,000 से भी कम की संपत्ति की आय होनी चाहिए। एसेट निर्धारण में प्राथमिक निवास या प्राथमिक ऑटोमोबाइल शामिल नहीं होंगे एक हॉलमार्क हेल्थ फाइनेंशियल असिस्टेंस एप्लिकेशन के रोगी के पूरा होने का प्रमाण यह प्रमाण होगा कि रोगी अपने बकाया शेष राशि का भुगतान करने के लिए संपत्ति का उपयोग करने में अक्षम है।

b. केस-बाय-केस मूल्यांकन:

i. मरीजों को वित्तीय सलाहकारों या रोगी खातों के ध्यान में अपनी अनूठी वित्तीय स्थितियों को लाने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है। हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय कठिनाइयों के विशिष्ट मामलों को पहचानने के लिए मामले-दर-मामला आधार पर इस नीति के प्रावधानों के अलावा छूट का विस्तार कर सकता है।

ii. इस नीति से परे जाने वाली मौजूदा छूट अस्पताल सीएफओ के अनुमोदन से सम्मानित की जा सकती है।

IX. बोर्ड स्वीकृति

हॉलमार्क स्वास्थ्य एफएपी को 27 जुलाई 2017 को हॉलमार्क हेल्थ बोर्ड ऑफ न्यासी द्वारा अनुमोदित किया गया था।

परिशिष्ट ए- हॉलमार्क स्वास्थ्य स्थान, भाग लेने वाली संस्थाएं

यह वित्तीय सहायता नीति उन स्थानों पर लागू होती है जिन्हें हॉलमार्क हेल्थ द्वारा दिए गए स्थानों पर दिया गया है और बिल किया गया है:

1. मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल परिसर, 585 लेबनान स्ट्रीट, मेलरोस, एमए 02176।
2. लॉरेस मेमोरियल अस्पताल परिसर, 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155
 - a. लॉरेस मेमोरियल अस्पताल के तत्काल देखभाल केंद्र, 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155।
3. हॉलमार्क हेल्थ सिस्टम हेमटोलॉजी और ऑन्कोलॉजी सेंटर, 41 मॉंटवैल एवेन्यू, 3, 4 वें और 5 वां फर्श, स्टोनहैम, एमए 02180
4. 101 मेन, 101 मेन स्ट्रीट, मेडफोर्ड, एमए 02155 पर हॉलमार्क स्वास्थ्य
 - a. लॉरेस मेमोरियल अस्पताल पुनर्वास सेवाएं, सूट 105 और 106
 - b. सामुदायिक परामर्श सेवाएं, सुइट 112
 - c. लॉरेस मेमोरियल मेडिकल सर्विसेज, सूट 113, 114 और 116
 - d. परिवार मेडिकल एसोसिएट्स, सूट 213, 214 और 215
5. सामुदायिक परामर्श केंद्र, मैल्डेन फैमिली हेल्थ सेंटर, 178 सावन स्ट्रीट, दूसरी मंजिल, माल्डेन, एमए 02148।
6. स्वास्थ्य छवि महिला इमेजिंग केंद्र, 830 मुख्य सड़क, तीसरा तल, मेलरोस, एमए 02176।
7. केम सेंटर फॉर रेडिएशन ऑन्कोलॉजी एंड एमआरआई, 48 मॉंटवैल एवेन्यू, स्टोनहैम, एमए 02180।
8. हॉलमार्क स्वास्थ्य आउट पेशेंट नैदानिक परीक्षण और पुनर्वास केंद्र, 30 न्यूक्रोसिंग रोड, रीडिंग, एमए 01867
 - a. अर्गेट केयर सेंटर पढ़ना, 30 न्यूक्रोसिंग रोड, रीडिंग, एमए 01867
9. मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल पुनर्वास सेवाएं, 22 कोरी स्ट्रीट, मेलरोज़, एमए 02176

परिशिष्ट बी: हॉलमार्क स्वास्थ्य प्रदाता संबद्ध सूची, गैर-भाग लेने वाली संस्थाएं

इनमें से प्रत्येक प्रदाता या प्रदाता समूह अस्पताल के स्थान पर सेवाएं प्रदान करते हैं, तथापि, उनके बिल और शुल्कों को हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता नीति ("एफएपी") के तहत शामिल नहीं किया जाता है। हॉलमार्क स्वास्थ्य एफएपी में हॉलमार्क स्वास्थ्य से जुड़े निम्नलिखित संस्थाओं द्वारा वितरित और बिल भेजा गया सेवाएं शामिल नहीं हैं:

1. हॉलमार्क हेल्थ के फिजियंस संगठन, हॉलमार्क हेल्थ मेडिकल एसोसिएट्स
2. हॉलमार्क पैथोलॉजी, पी.सी.
3. हॉलमार्क इमेजिंग एसोसिएट्स, पी.सी.
4. विभाग जहां एक मरीज को एक प्रदाता द्वारा देखा जा सकता है जिसे एफएपी द्वारा कवर नहीं किया जाता है: कार्डियोलॉजी, एंडोक्राइन, गैस्ट्रोएंटेरोलॉजी, रेडियोलॉजी / हेमटोलॉजी / ऑन्कोलॉजी, इन्फेक्शियस डिजीज, आंतरिक चिकित्सा, ओबी-जीएन केयर, नेफ्रोलॉजी, पोडियाट्री, पल्मोनरी, रुमेटोलॉजी, स्लीप मेडिसिन, सर्जरी, मूत्रविज्ञान, घाव देखभाल
5. मेलरोज़-वेकफील्ड आपातकालीन चिकित्सक, इंक।
 - a. लॉरेंस मेमोरियल अस्पताल में 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155 और मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल में 585 लेबनान स्ट्रीट, मेलरोस, एमए 02176 पर स्थित हॉलमार्क स्वास्थ्य आपातकालीन विभागों पर चिकित्सक।
 - b. 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155 और 30 न्यू क्रॉसिंग रोड, रीडिंग, एमए 01867 में स्थित हॉलमार्क हेल्थ सिस्टम के तत्काल देखभाल केंद्र पर चिकित्सकों।
6. अस्पताल चिकित्सा एसोसिएट्स (टीम स्वास्थ्य)
 - a. 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड, एमए 02155 और मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल में 585 लेबनान स्ट्रीट, मेलरोस, एमए 02176 पर लॉरेंस मेमोरियल अस्पताल स्थित हॉलमार्क स्वास्थ्य अस्पताल
7. महानगर संज्ञाहरण
8. मस्तिक कार्डियोलॉजी एसोसिएट्स, इंक, डॉ। कॉनवे, डॉ। प्लाज़िविविज़ और डा। सैमनुक सहित
9. फॉस्टिक मेडिकल ग्रुप, डॉ। वेनस्टीन सहित
10. यूएमएस न्यू इंग्लैंड लिथोट्रिप्स
11. मिडलसेक्स कार्डियोलॉजी एसोसिएट्स, इंक।
12. टुफ्स मेडिकल सेंटर फिजियंस ऑर्गेनाइजेशन, इंक। (एफ / के / ए न्यू इंग्लैंड हेल्थ केयर फाउंडेशन, इंक।)
13. एलियट
14. बाल चिकित्सा
15. क्षेत्रीय होम केयर

हॉलमार्क हेल्थ की वित्तीय सहायता नीति का पालन करने के लिए ऊपर दिए गए प्रदाताओं सहित हॉलमार्क हेल्थ से जुड़े सभी चिकित्सकों और चिकित्सक संगठनों को प्रोत्साहित किया जाता है, लेकिन उन्हें जरूरी नहीं है।

मूल. 7/2017

परिशिष्ट सी: हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता छूट राशि

परिवार का आकार	100% एफपीएल	300% तक एफपीएल		
		150% तक FPL		301 % FPL से अधिक
1	\$12,060	\$18,090	\$36,180	\$36,181
2	\$16,240	\$24,360	\$48,720	\$48,721
3	\$20,420	\$30,630	\$61,260	\$61,261
4	\$24,600	\$36,900	\$73,800	\$73,801
5	\$28,780	\$43,170	\$86,340	\$86,341
6	\$32,960	\$49,440	\$98,880	\$98,881
7	\$37,140	\$55,710	\$111,420	\$111,421
8	\$41,320	\$61,980	\$123,960	\$123,961
प्रत्येक व्यक्ति		\$6,270	\$12,540	\$12,541
> 8	\$4,180			
छूट		100%	58%	40%
अपेक्षित रोगी भुगतान		0%	42%	60%

एफपीएल को संघीय रजिस्टर द्वारा परिभाषित के रूप में जनवरी 2017 को जारी किया गया, संघीय गरीबी स्तर के रूप में परिभाषित किया गया है।

मूल. 7/2017

वित्तीय सहायता आवेदन

हॉलमार्क स्वास्थ्य प्रत्येक मरीज के लिए सर्वोत्तम देखभाल प्रदान करने में गर्व करता है। हॉलमार्क हेल्थ अपने वित्तीय सहायता नीति के माध्यम से वित्तीय सहायता प्रदान करता है, रोगियों को आपातकालीन या चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए भुगतान करने में असमर्थ। पहचान स्वास्थ्य वित्तीय सहायता गैर-आपातकालीन, गैर-तत्काल संबंधित देखभाल को कवर करने के लिए अभिप्रेत यह नहीं है बीमा सह-भुगतान, सह-बीमा या कटौती के लिए छूट प्रदान नहीं करना है।

जिन रोगियों के पास साधन हैं उन्हें हॉलमार्क स्वास्थ्य पर प्राप्त सेवाओं के लिए भुगतान करना अपेक्षित है। हालांकि, वित्तीय सहायता के लिए पात्रता आपके लिए उपलब्ध है हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए आवेदन करने से पहले, मस्तिष्क या स्वास्थ्य सुरक्षा नेट जैसे किसी भी उपलब्ध सरकारी सहायता कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने के लिए रोगियों को प्रोत्साहित किया जाता है। किसी सरकारी सहायता कार्यक्रम के लिए आवेदन करने में विफलता जिसके लिए आप संभावित रूप से योग्य हैं, आपके आवेदन का देरी या अस्वीकार हो सकता है यदि आपको सरकारी सहायता कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने में सहायता की आवश्यकता है, तो हमारे हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सलाहकारों में से एक यह मदद कर सकता है। वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के लिए आपकी योग्यता इस वित्तीय सहायता आवेदन के पूर्ण और सटीक पूरा होने पर निर्भर करती है।

आवेदन निर्देश

कृपया पूरी तरह से वित्तीय सहायता आवेदन को पूरा करें और सभी आवेदकों के लिए निम्नलिखित दस्तावेजों की प्रतियां शामिल करें। 30 दिनों के भीतर सभी आवश्यक दस्तावेजों को वापस करने में विफलता के कारण आवेदन को अस्वीकार कर दिया जाएगा। कृपया दुर्भाग्यवश रूप में प्रस्तुत किसी भी दस्तावेज की प्रतियां संलग्न करें, उन्हें वापस नहीं किया जा सकता है।

- आवेदन के सभी लागू अनुभागों को पूरा करें और पृष्ठ 4 पर हलफनामा बयान पर हस्ताक्षर सुनिश्चित करें।
- अपने ड्राइवर का लाइसेंस, अन्य फोटो पहचान की एक प्रति या अपने मौजूदा निवास की पुष्टि करने वाले दस्तावेजों को शामिल करें। सबमिट किए गए कुछ भी में आपका नाम और वर्तमान पता शामिल होना चाहिए।
- अपने बीमा कार्ड (एस) की एक प्रति शामिल करें
- कुछ आय प्रमाणन शामिल करें:
 - अपने सबसे हाल की डब्ल्यू 2 (एस) या पेस्ट स्टम्प्स की प्रतिलिपि शामिल करें (4 यदि साप्ताहिक भुगतान किया जाता है, तो 2 द्वि-साप्ताहिक दिए जाने पर)
 - अगर आय में हाल ही में एक बदलाव हुआ है, तो बेरोज़गारी बयान, बैंक / निवेश स्टेटमेंट, दीर्घकालिक देखभाल बयान, पेंशन स्टेटमेंट, और / या सामाजिक सुरक्षा बयान जैसे दस्तावेजों में शामिल हैं।
- यदि मरीज की मृत्यु हो गई है, तो कृपया मौत प्रमाण पत्र की एक प्रति और संपत्ति की स्थिति बताते हुए एक पत्र प्रदान करें।

वित्तीय सलाहकार:

हॉलमार्क हेल्थ फाइनेंशियल काउंसलर्स में से एक के साथ नियुक्ति के लिए अपने आवेदन को पूरा करने में सहायता के लिए 781-338-7111 से संपर्क करें। वित्तीय सलाहकार यहां स्थित हैं: मेलरोज़-वेकफील्ड अस्पताल, 585 लेबनान स्ट्रीट, पोर्टर स्ट्रीट के प्रवेश द्वार के पास पहली मंजिल, मेलरोस या लॉरेंस मेमोरियल अस्पताल, आपातकाल विभाग के पास 170 गवर्नर्स एवेन्यू, मेडफोर्ड।

कृपया अपना पूरा आवेदन इस पर भेजें:

पहचान स्वास्थ्य

वित्तीय सलाहकार

170 गवर्नर्स एवेन्यू

मेडफोर्ड, एमए 02155

भाग I: रोगी के बारे में		
रोगी का नाम:		
रोगी जन्म तिथि:	रोगी एसएसएन:	फोन:
वर्तमान पता:		
शहर (*):	राज्य (*):	पिन कोड :
क्या आपके पास यूनाइटेड स्टेट्स की नागरिकता है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं		
यदि नहीं, क्या आप एक स्थायी निवासी हैं, जो कानूनी रूप से संयुक्त राज्य में रह रहे हैं? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं		
आवेदक की जानकारी (ऊपर रोगी की जानकारी से अलग)		
आवेदक या तो रोगी या वह व्यक्ति जो रोगी के लिए आर्थिक रूप से जिम्मेदार है।		
आवेदक का नाम:		
आवेदक का वर्तमान पता:		
शहर (*):	राज्य (*):	पिन कोड :
आवेदक फोन:		
रोगी घरेलू के बारे में		
सभी घरेलू सदस्यों की सूची, उनकी जन्मतिथि और आवेदक के साथ संबंध। एक घर का सदस्य एक ऐसा व्यक्ति है जो आपके साथ संबंधित है या पूरे वर्ष आपके परिवार के सदस्य के रूप में आपके साथ रहता है, जिसे आप अपने आयकर रिटर्न में दावा करते हैं।		
घरेलू सदस्य 1:		
जन्म तिथि:	रोगी से संबंध:	
घरेलू सदस्य 2:		
जन्म तिथि:	रोगी से संबंध:	
घरेलू सदस्य 3:		
जन्म तिथि:	रोगी से संबंध:	
घरेलू सदस्य 4:		
जन्म तिथि:	रोगी से संबंध:	
घरेलू सदस्य 5:		
जन्म तिथि:	रोगी से संबंध:	
भाग 2: रोगी बीमा जानकारी		
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं क्या आपने पिछले छह (6) महीनों में एक मेडिकेड आवेदन जमा कर दिया है?		
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं क्या आपके पास लंबित या स्वीकृत मेडिकाइड आवेदन है?		
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं क्या आपके मेडिकाइड आवेदन को अस्वीकार कर दिया गया है?		
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं क्या आपके पास चिकित्सा बीमा है?		
प्राथमिक बीमा सूचना:		
बीमा का नाम:		
बीमा पता:		
नीति / आईडी # ::	समूह #:	
सब्सक्राइबर का नाम ::		
सब्सक्राइबर जन्म तिथि:	सब्सक्राइबर से संबंध:	
सब्सक्राइबर नियोक्ता:	प्रभावी तिथि:	
माध्यमिक बीमा जानकारी		
बीमा का नाम:		
बीमा पता:		
नीति / आईडी #:	समूह #:	
सब्सक्राइबर:	सब्सक्राइबर जन्म तिथि:	
सब्सक्राइबर से संबंध:	सब्सक्राइबर नियोक्ता:	
प्रभावी तिथि:		

भाग 3: मासिक सकल आय और परिसंपत्तियां

कृपया इस भाग को अर्जित आय और परिसंपत्तियों के लिए रोगी के लिए और अनुभाग 1 में सूचीबद्ध प्रत्येक घर के सदस्य के बारे में बताएं जो काम करता है। कृपया सकल आय सूचीबद्ध करें, जो करों और कटौती से पहले आय है।

	रोगी	सदस्य 1 घरेलू	सदस्य 2 घरेलू	सदस्य 3 घरेलू	सदस्य 4 घरेलू	सदस्य 5 घरेलू
मजदूरी / वेतन / टिप्स						
बेरोजगारी मुआवजा						
सामाजिक सुरक्षा						
चाइल्ड सपोर्ट + पोषण						
खर्च के बाद स्वयं-रोजगार आय						
ब्याज / लाभांश आय						
पेंशन						
आईआरए / स्टॉक्स / बांड						
किराए से आय						
ट्रस्ट पेमेंट्स						
कर्मों						
नुकसान भरपाई						

आय स्टेटमेंट की कमी

हां नहीं अगर घरेलू आय शून्य है, तो क्या कोई आपको समर्थन दे रहा है?

अगर आपने ऊपर हाँ कहा है, और आप किसी अन्य व्यक्ति द्वारा आर्थिक सहायता प्राप्त कर रहे हैं, तो कृपया उन्हें नीचे दीजिए

रोगी का नाम:

वर्तमान में कोई आय नहीं है मैं वर्तमान में उन्हें भोजन, आश्रय और कपड़ों की सहायता कर रहा हूँ। मैं उन्हें प्रति माह औसतन राशि में वित्तीय सहायता भी देता हूँ।

समर्थन दाता हस्ताक्षर:

तिथि:

घरेलू परिसंपत्तियां

किसी भी जांच या बचत खाते की जानकारी नीचे दीजिए।

खाते का प्रकार	बैंक इंस्टीट्यूशन	के रूप में शेष

अन्य घरेलू गणना योग्य संपत्ति

निम्न प्रकार के खातों के लिए आपके पास सूची की जानकारी है।

खाते का प्रकार	बैंक इंस्टीट्यूशन	के रूप में शेष
स्टॉक्स / बांड		
जमा प्रमाणपत्र		
अमेरिकी बचत बांड		
स्वास्थ्य बचत खाते		

बचत प्रमाण पत्र		
क्रिसमस या अवकाश क्लब		
अन्य		

भाग 4: चिकित्सा कठिनाई

हो सकता है कि यह खंड आपके लिए लागू न हो। यदि आपके पास महत्वपूर्ण मेडिकल बिल हैं तो कृपया इस अनुभाग को पूरा करें हॉलमार्क स्वास्थ्य और अन्य प्रदाताओं से सभी स्वास्थ्य देखभाल व्ययों की सूची दस्तावेज़ीकरण का अनुरोध किया जा सकता है लेकिन इस समय आवश्यक नहीं है।

प्रदाता का नाम	कुल चिकित्सा व्यय	कितनी बार लागत होती है?
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक

भाग 5: एफआईडीपीआईटी - सभी आवेदनकर्ताओं को हस्ताक्षर करना होगा

सभी आवेदकों को अपने आवेदन के लिए नीचे दिए गए हलफनामे पर हस्ताक्षर करना चाहिए।

मैं कसम खाता हूँ और पुष्टि करता हूँ कि इस फॉर्म पर दी गई सभी सूचनाएँ सही, सही और मेरी क्षमता और ज्ञान और विश्वास के लिए पूरी हुई हैं। मैं हॉलमार्क हेल्थ को किसी भी और आय, वित्तीय संसाधनों या अन्य जानकारी में सभी परिवर्तनों को रिपोर्ट करने के लिए सहमत हूँ जो इस फॉर्म में दर्शाया गया है जो हॉलमार्क स्वास्थ्य पर वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मेरी पात्रता को प्रभावित कर सकता है। मैं समझता हूँ कि कार्यक्रम के लिए मेरे बयान और पात्रता को सत्यापित करने के लिए मेरा क्रेडिट और अन्य वित्तीय जानकारी का संदर्भ दिया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि छूट के लिए विचार करने के लिए मेरे पास 30 (30) दिनों का सही और आवश्यक समर्थन दस्तावेज़ प्रस्तुत करना है।

वित्तीय सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य से रोगी द्वारा धोखाधड़ी का बयान मैसाचुसेट्स अटॉर्नी जनरल के कार्यालय को भेजा जाएगा। जो कार्यक्रम रोगी कार्यक्रम को गलत साबित करते हैं, वे अब कार्यक्रम के लिए पात्र नहीं होंगे और कार्यक्रम के तहत पहले दिन में दाखिला के दौरान खर्च किए गए सभी शुल्क के लिए जिम्मेदार होंगे और कार्यक्रम के तहत शुल्क लगाए जाएंगे।

आवेदक के हस्ताक्षर:

तिथि:

शपथ पात्र - लागू केवल अगर आवेदनकर्ता के पति/पत्नी आवेदन कर रहे हो।

यदि आवेदक का जीवनसाथी भी वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर रही है, तो आवेदक के पति को अपने आवेदन के लिए नीचे दिए गए हलफनामे पर हस्ताक्षर करें।

मैं कसम खाता हूँ और पुष्टि करता हूँ कि इस फॉर्म पर दी गई सभी सूचनाएँ सही, सही और मेरी क्षमता और ज्ञान और विश्वास के लिए पूरी हुई हैं। मैं हॉलमार्क हेल्थ को किसी भी और आय, वित्तीय संसाधनों या अन्य जानकारी में सभी परिवर्तनों को रिपोर्ट करने के लिए सहमत हूँ जो इस फॉर्म में दर्शाया गया है जो हॉलमार्क स्वास्थ्य पर वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए मेरी पात्रता को प्रभावित कर सकता है। मैं समझता हूँ कि कार्यक्रम के लिए मेरे बयान और पात्रता को सत्यापित करने के लिए मेरा क्रेडिट और अन्य वित्तीय जानकारी का संदर्भ दिया जा सकता है। मैं समझता हूँ कि छूट के लिए विचार करने के लिए मेरे पास 30 (30) दिनों का सही और आवश्यक समर्थन दस्तावेज़ प्रस्तुत करना है।

वित्तीय सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य से रोगी द्वारा धोखाधड़ी का बयान मैसाचुसेट्स अटॉर्नी जनरल के कार्यालय को भेजा जाएगा। जो कार्यक्रम रोगी कार्यक्रम को गलत साबित करते हैं, वे अब कार्यक्रम के लिए पात्र नहीं होंगे और कार्यक्रम के तहत पहले दिन में दाखिला के दौरान खर्च किए गए सभी शुल्क के लिए जिम्मेदार होंगे और कार्यक्रम के तहत शुल्क लगाए जाएंगे।

आवेदक का जीवनसाथी हस्ताक्षर:

तिथि:

प्रदर्शनी ई



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

महीना दिन, वर्ष

[अनुमोदन पत्र- आंशिक छूट]

महीना दिन, वर्ष

नाम

पता

शहर (*): राज्य (*): पिन कोड

रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("कार्यक्रम") के तहत अपने बिलों के साथ सहायता के लिए आपके आवेदन के लिए धन्यवाद। हमने आपके आवेदन और समर्थन दस्तावेजों की समीक्षा की है और यह निर्धारित किया है कि, आपकी आय के आधार पर, आप कार्यक्रम के तहत कम-चार्ज सेवाओं के लिए योग्य हैं।

हमने निर्धारित किया है कि आपकी आय आपके परिवार के आकार के लिए है, जो आपको केवल हमारे सामान्य शुल्क का भुगतान करने के लिए उत्तीर्ण करता है। का बिल ___ / ___ / ___ पर प्राप्त सेवाओं के लिए कम किया जा रहा है। हम आपको भुगतान के लिए व्यवस्था करने के लिए आपकी सहायता करने के लिए संपर्क करेंगे। बिल शेष शेष राशि और अनुरोध पर आपको एक विस्तृत बिल भेजा जाएगा। कृपया ध्यान दें कि इस कार्यक्रम के अंतर्गत छूट किसी भी सह-भुगतान, सह-बीमा या घटाया मात्रा में लागू नहीं होती है जो कि आपकी ज़िम्मेदारी बनती रहती है।

यह अनुमोदन छह (6) महीनों की अवधि के लिए प्रभावी होगा। यदि आप इस निर्णय से असहमत हैं और मानते हैं कि आप अपने शुल्कों में और कमी के लिए योग्य हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम

शीर्षक, दूरभाष

मूल. 7/2017

[अनुमोदन पत्र- 100% छूट]

महीना दिन वर्ष

नाम

पता

शहर (*): राज्य (*): पिन कोड

रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("कार्यक्रम") के तहत अपने बिलों के साथ सहायता के लिए आपके आवेदन के लिए धन्यवाद। हमने आपके आवेदन और समर्थन दस्तावेजों की समीक्षा की है और यह निर्धारित किया है कि, आपकी आय के आधार पर, आप बिना किसी कीमत पर सेवाओं के लिए योग्य हैं, कार्यक्रम के तहत आप के लिए इसलिए हम प्राप्त सेवाओं के लिए __ / __ / ____ बिलों को लिख रहे हैं, आपको इन सेवाओं के अतिरिक्त हमारे पास से कोई और बिल नहीं मिलना चाहिए।

यह अनुमोदन छह (6) महीनों की अवधि के लिए प्रभावी होगा। यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम

शीर्षक, दूरभाष

[पुनर्मुद्रण पत्र- आंशिक छूट से 100% छूट]

महीना दिन वर्ष
नाम

पता
शहर (*): राज्य (*): पिन कोड
रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हम ___ / ___ / _____ पर हमारे मूल दृढ़ संकल्प का पालन करते हुए लिखते हैं कि आप हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("कार्यक्रम") के तहत कम शुल्क के लिए योग्य थे। आपके अनुरोध पर, हमने आपके आवेदन पर अपने मूल निर्णय पर पुनर्विचार किया है और यह निर्धारित किया है कि, आपकी आय के आधार पर, आप प्रोग्राम के तहत सेवाओं के लिए योग्य हैं। इसलिए हम ___ / ___ / _____ पर प्राप्त सेवाओं के बिलों को लिख रहे हैं। आपको इन सेवाओं के अतिरिक्त हमसे किसी भी और बिल नहीं मिलना चाहिए। यह अनुमोदन छह (6) महीनों की अवधि के लिए प्रभावी होगा। यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम
शीर्षक, दूरभाष

मूल. 7/2017

[पुनर्मुद्रण पत्र- पहले 100% छूट के लिए योग्य नहीं]

महीना दिन वर्ष

नाम

पता

शहर (*): राज्य (*): पिन कोड

रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हम अपने मूल दृढ़ संकल्प के अनुसरण में लिखते हैं कि आप हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("कार्यक्रम") के तहत वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं थे। आपके अनुरोध पर, हमने आपके आवेदन पर अपने मूल निर्णय पर पुनर्विचार किया है और यह निर्धारित किया है कि, आपकी आय के आधार पर, आप प्रोग्राम के तहत सेवाओं के लिए योग्य हैं। इसलिए हम ___ / ___ / ___ पर प्राप्त सेवाओं के लिए बिल लिख रहे हैं। आपको इसके अतिरिक्त हमसे कोई और बिल नहीं मिलना चाहिए।

यह अनुमोदन छह (6) महीनों की अवधि के लिए प्रभावी होगा। यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम

शीर्षक, दूरभाष

[पुनर्मुद्रण पत्र- आंशिक डिस्काउंट के लिए योग्य नहीं]

महीना दिन वर्ष

नाम

पता

शहर (*): राज्य (*): पिन कोड

रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हम अपने मूल दृढ़ संकल्प के अनुसरण में लिखते हैं कि आप हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("कार्यक्रम") के तहत वित्तीय सहायता के लिए योग्य नहीं थे। आपके अनुरोध पर, हमने अपने मूल निर्णय पर पुनर्विचार किया है और यह निर्धारित किया है कि, आपकी आय के आधार पर, आप कार्यक्रम के तहत कम-चार्ज सेवाओं के लिए योग्य हैं।

हमने निर्धारित किया है कि आपकी आय आपके परिवार के आकार के लिए है, जो आपको केवल हमारे सामान्य शुल्क का भुगतान करने के लिए उत्तीर्ण करता है। का बिल__ / __ / ____ पर प्राप्त सेवाओं के लिए कम किया जा रहा है। हम आपको भुगतान के लिए व्यवस्था करने के लिए आपकी सहायता करने के लिए संपर्क करेंगे। बिल शेष शेष राशि और अनुरोध पर आपको एक विस्तृत बिल भेजा जाएगा। कृपया ध्यान दें कि इस कार्यक्रम के अंतर्गत छूट किसी भी सह-भुगतान, सह-बीमा या घटाया मात्रा में लागू नहीं होती है जो कि आपकी ज़िम्मेदारी बनती रहती है।

यह अनुमोदन छह (6) महीनों की अवधि के लिए प्रभावी होगा। यदि आप इस निर्णय से असहमत हैं और मानते हैं कि आप अपने शुल्कों में और कमी के लिए योग्य हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम

शीर्षक, दूरभाष

मूल. 7/2017

[पुनर्मुद्रण पत्र- मूल निर्णय खड़ा-आंशिक]

महीना दिन वर्ष

नाम

पता

शहर (*): राज्य (*): पिन कोड

रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हम ___ / ___ / ____ पर हमारे मूल दृढ़ संकल्प का पालन करते हुए लिखते हैं कि आप हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("कार्यक्रम") के तहत कम शुल्क के लिए योग्य थे। आपके अनुरोध पर, हमने आपके आवेदन पर अपने मूल निर्णय पर पुनर्विचार किया है और यह निर्धारित किया है कि, आपकी आय के आधार पर, आप केवल कार्यक्रम के तहत आंशिक छूट के लिए पात्र हैं।

जैसा कि हमारे मूल दृढ़ संकल्प पत्र में बताया गया है, प्राप्त सेवाओं के लिए बिल द्वारा ___ / ___ / ____ पर कम किया जा रहा है हम आपसे संपर्क करेंगे। बिल के बाकी शेष राशि पर भुगतान की व्यवस्था करने में आपकी मदद करें और अनुरोध पर आपको एक विस्तृत बिल भेजा जाएगा। कृपया ध्यान दें कि इस कार्यक्रम के अंतर्गत छूट किसी भी सह-भुगतान, सह-बीमा या घटाया मात्रा में लागू नहीं होती है जो कि आपकी जिम्मेदारी बनती रहती है।

यह अनुमोदन छह (6) महीनों की अवधि के लिए प्रभावी होगा। यदि आप इस निर्णय से असहमत रहते हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम

शीर्षक, दूरभाष

मूल. 7/2017

[पुनर्मुद्रण पत्र- मूल निर्णय योग्य नहीं है]

महीना दिन वर्ष

नाम

पता

शहर (*): राज्य (*): पिन कोड

रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हम ___ / ___ / _____ पर हमारे मूल दृढ़ संकल्प का पालन करते हुए लिखते हैं कि आप हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("कार्यक्रम") के तहत सहायता के लिए योग्य नहीं थे। आपके अनुरोध पर, हमने आपके आवेदन पर अपने मूल निर्णय पर पुनर्विचार किया है और यह निर्धारित किया है कि, आपकी आय के आधार पर, आप कार्यक्रम के तहत सहायता के लिए पात्र नहीं हैं।

यदि आप इस निर्णय से असहमत रहते हैं या भुगतान व्यवस्था विकल्पों के बारे में चर्चा करना चाहते हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम

शीर्षक, दूरभाष

मूल. 7/2017

[डेनियल पत्र-जनरल]

महीना दिन वर्ष

नाम

पता

शहर (*): राज्य (*): पिन कोड

रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("कार्यक्रम") के तहत अपने बिलों के साथ सहायता के लिए आपके आवेदन के लिए धन्यवाद। हमने आपके आवेदन और समर्थन दस्तावेजों की समीक्षा की है और यह निर्धारित किया है कि, आपकी आय के आधार पर, आप प्रोग्राम के तहत छूट के लिए योग्य नहीं हैं।

हमने निर्धारित किया है कि आपकी _____ पारिवारिक आकार के लिए आपकी आय _____ की सीमा से _____ अधिक है।

यदि आप इस फैसले से असहमत हैं या हाल में परिस्थितियों में कोई बदलाव आया है, तो हम आपके आवेदन को किसी भी नई जानकारी के प्रकाश में पुनर्विचार करने के लिए खुश हैं जो आपको देना है। यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम

शीर्षक, दूरभाष

मूल. 7/2017

[डेनियल पत्र- अपूर्ण आवेदन]

महीना दिन वर्ष

नाम

पता शहर (*): राज्य (*): पिन कोड

रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हॉलमार्क स्वास्थ्य वित्तीय सहायता कार्यक्रम के तहत अपने बिलों के साथ सहायता के लिए आपके आवेदन के लिए धन्यवाद जो आपने __ / __ / ____ पर दायर किया था। आज की तिथि के अनुसार हमें आपके आवेदन की प्रक्रिया के लिए आवश्यक समर्थन दस्तावेज प्राप्त नहीं हुए हैं, और जैसे, आपकी सहायता के लिए आवेदन अस्वीकार कर रहे हैं।

आवश्यक समर्थन दस्तावेज संकलित करने के बाद, हम आपको हमारे विचार के लिए एक नई वित्तीय सहायता आवेदन करने के लिए प्रोत्साहित करते हैं। यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम

शीर्षक, दूरभाष

मूल. 7/2017

[डेनियल लेटर-सेवाएं पात्र नहीं हैं]

महीना दिन वर्ष

नाम

पता

शहर (*): राज्य (*): पिन कोड

रोगी खाता संख्या:

प्रिय :

हॉलमार्क हेल्थ वित्तीय सहायता कार्यक्रम ("प्रोग्राम") के तहत अपने बिलों के साथ सहायता के लिए आपके आवेदन के लिए धन्यवाद जो आपने __ / __ / ____ पर दायर किया था। हम आपको सूचित करने के लिए अफसोस करते हैं कि आपको __ / __ / ____ पर प्राप्त की गई सेवाओं को चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं माना जाता है और इस कार्यक्रम के तहत वित्तीय सहायता के लिए पात्र नहीं हैं। अतिरिक्त संग्रह कार्यों से बचने के लिए कृपया अपने भूगतान को त्वरित रूप से प्रेषित करें।

यदि आप इस निर्णय से असहमत हैं या आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया नीचे दी गई वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

निष्ठा से,

नाम

शीर्षक, दूरभाष