

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 कटौतों 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 फार्म 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 फार्म 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: