CHI Health Mercy Corning
वित्तीय सहायता आवेदन फॉर्म के निर्देश

यह *CommonSpirit Health (NHSC स्वीकृत साइट)* में वित्तीय सहायता के लिए आवेदन है।

CommonSpirit Health तय आय सीमा में आने वाले लोगों और परिवारों को **वित्तीय सहायता देता है**। आप अपने परिवार के आकार और आय के अनुसार मुफ्त इलाज या इलाज में छूट के लिए पात्र हो सकते हैं, चाहे आपके पास स्वास्थ्य बीमा हो या नहीं। जिन रोगियों के परिवार की आय फेडरल के गरीबी स्तर के दिशानिर्देशों से 400% से कम है, उन्हें सहायता दी जाती है। फेडरल के गरीबी स्तर के दिशानिर्देशों पर जानकारी http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines पर मिल सकती है।

वित्तीय सहायता में क्या कवर किया जाता है? अस्पताल की वित्तीय सहायता उपयुक्त अस्पताल आधारित सेवाएं कवर करता है, जो आपकी पात्रता के आधार पर CommonSpirit Health द्वारा प्रदान की जाती हैं। संभव है कि वित्तीय सहायता में स्वास्थ्य देखभाल के सभी खर्चें शामिल न हों, जिसमें अन्य संगठनों द्वारा दी गई सेवाएं भी शामिल हैं।

अगर आपके कुछ सवाल हों या इस आवेदन को पूरा करने में सहायता चाहिए: आप इस नंबर पर कॉल करके किसी भी कारण के लिए सहायता ले सकते हैं, जिसमें विकलांगता और भाषा की सहायता शामिल है: 844-286-5546

आपके आवेदन को संसाधित करने के लिए, आपको निम्न कार्य करने होंगे:

- ☐ **हमें अपने परिवार की जानकारी दें**
- ☐ **हम अपने परिवार की सकल मासिक आय (बिना कर और कटौतियों के आय) के बारे में जानकारी दें**
- ☐ **परिवार की आय के दस्तावेज़ दें**
- ☐ **आवश्यक होने पर अतिरिक्त जानकारी संलग्न करें**
- ☐ **फॉर्म पर हस्ताक्षर करके दिनांक लिखें**

फॉर्म को पूरा करके सभी दस्तावेज़ों के साथ यहां मेल या फैक्स करें: वित्तीय सहायता केंद्र, ATTN: EES - वित्तीय सहायता केंद्र P.O. Box 660872. Dallas, TX 75266-0872 फैक्स: 469-803-4627. अपने लिए प्रति रख लें।

अपना पूर्ण आवेदन खुद यहां जमा करें: CHI Health Mercy Corning, 603 Rosary Dr, Corning, IA 50841

हम आय के दस्तावेज़ों सहित संपूर्ण वित्तीय सहायता आवेदन मिलने के 30 कार्य दिवसों के भीतर, आपको पात्रता और अपील अधिकारों, यदि लागू हो, के अंतिम निर्धारण के बारे में सूचित करेंगे।

वित्तीय सहायता का आवेदन जमा करके, आप हमें वित्तीय दायित्वों और जानकारी की पुष्टि करने से संबंधित आवश्यक पूछताछ करने के लिए सहमति देते हैं।

हम सहायता करना चाहते हैं। कृपया अपना आवेदन तत्परता से जमा करें।

जब तक हमें आपकी जानकारी नहीं मिलती, तब आपको बिल मिल सकते हैं।

Catholic Health Initiatives

CHI Health Mercy Corning

वित्तीय सहायता आवेदन फॉर्म (NHSC स्वीकृत साइट्स) – गोपनीय

कृपया सभी जानकारी को पूर्ण भरें। अगर कोई बात लागू न होती हो, तो "लागू नहीं" लिखें। आवश्यक होने पर अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

स्क्रीनिंग की जानकारी
क्या आपको दुभाषिया चाहिए? □ **हां** □ **नहीं** *अगर हां, तो कृपया भाषा की वरीयता बताएं।*
क्या रोगी को राज्य सार्वजनिक सेवाएं मिलती हैं जैसे कि फूड स्टाम्प या WIC (महिलाएं, नवजात, और बच्चे)? □ **हां** □ **नहीं**
क्या रोगी की चिकित्सा देखभाल आवश्यकता कार के हादसे या काम में लगी चोट से संबंधित है? □ **हां** □ **नहीं**
CommonSpirit Health के अस्पतालों की सूची जहां आपका इलाज हुआ था:

कृपया ध्यान दें
• हम गारंटी नहीं दे सकते हैं कि आप आवेदन करने के बाद भी, वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त कर लेंगे। • जब आप अपना आवेदन भेजते हैं, तो हम सभी सूचनाएं जांच सकते हैं और अतिरिक्त जानकारी या आय का प्रमाण मांग सकते हैं।

रोगी और आवेदन की जानकारी			
रोगी का नाम	रोगी का मध्य नाम		रोगी का अंतिम नाम
जन्म तिथि	रोगी का खाता नंबर:		मुख्य संपर्क नंबर ( ) ___________________ ( ) ___________________
बिल का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी व्यक्ति	रोगी से संबंध	जन्म तिथि	ईमेल पता: ______________________________
डाक पता ____ ____ शहर राज्य ज़िप कोड			
बिल का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी व्यक्ति की रोजगार स्थिति □ **नियोजित** (नौकरी लगने का दिनांक: ______________________) □ **बेरोजगार** (कब से बेरोजगार है:________________) □ **स्व-नियोजित** □ **विद्यार्थी** □ **विकलांग** □ **सेवानिवृत्त** □ **अन्य** (_______________)			

परिवार की जानकारी
अपने सहित, अपने घर में रहने वाले परिवार के सदस्यों के नाम दें। "परिवार" का मतलब है, दो या ज्यादा लोग जो जन्म, विवाह, या गोद लेने से संबंधित हों और साथ रहते हों। अगर कोई रोगी अपने आय कर रिटर्न पर किसी को आश्रित बता सकता/सकती है, तो वह व्यक्ति इस आवेदन के प्रयोजनों के लिए रोगी के परिवार का सदस्य होगा। **परिवार का आकार** ___________ *आवश्यक होने पर अतिरिक्त पेज संलग्न करें*

Catholic Health Initiatives

नाम	जन्म तिथि	रोगी से संबंध	अगर 18 साल या उससे बड़ा है: कर्मचारी का नाम या आय का स्रोत	अगर 18 साल या उससे बड़ा है: कुल सकल मासिक आय (कर से पहले):	क्या वित्तीय सहायता के लिए भी आवेदन कर रहे हैं?
					हां / नहीं
					हां / नहीं
					हां / नहीं
					हां / नहीं
					हां / नहीं
					हां / नहीं

परिवार के सभी वयस्क सदस्यों की आय प्रकट की जानी चाहिए। आय के स्रोतों में शामिल हैं, उदाहरण के लिए:
- मजदूरी - बेरोजगारी - स्व-रोजगार - श्रमिक मुआवजा - विकलांगता - SSI
- बच्चे/पत्नी का समर्थन - कार्य अध्ययन के कार्यक्रम (विद्यार्थी) - पेंशन - सेवानिवृत्ति की आय
- अन्य (*कृपया बताएं):*

CHI Health Mercy Corning
वित्तीय सहायता आवेदन फॉर्म - गोपनीय

आय की जानकारी

याद रखें: *आपको अपने आवेदन के साथ आय का साक्ष्य शामिल करना होगा।*

आपको अपने परिवार की आय से संबंधित जानकारी देनी होगी। वित्तीय सहायता के निर्धारण के लिए आय का सत्यापन आवश्यक है।
<u>परिवार के 18 साल या ज्यादा उम्र के सभी सदस्य को अपनी आय प्रकट करनी होगी। कृपया आय के हर स्रोत के लिए साक्ष्य प्रदान करें।</u>
<u>आय के साक्ष्य के उदाहरणों में शामिल हैं:</u>

- पिछले साल का आय कर का रिटर्न, अगर लागू हो तो अनुसूची सहित; या
- "W-2" विथ्होल्डिंग स्टेटमेंट; या
- वर्तमान भुगतान स्टब (*3 माह*); या
- नियोक्ताओं या अन्य से लिखित, हस्ताक्षरित स्टेटमेंट; या
- बेरोजगार के मुआवजे के लिए पात्रता की स्वीकृति/अस्वीकृति।

अगर आपके पास आय का कोई प्रमाण नहीं है या कोई आय नहीं है, तो कृपया हस्ताक्षरित स्टेटमेंट वाला अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें, जिसमें बताया गया हो कि आप अपने जीवन की बुनियादी आवश्यकताओं (जैसे आवास, भोजन और आवश्यक सामान) के खर्चों का समर्थन कैसे करते हैं।

अतिरिक्त जानकारी

अगर आपकी वर्तमान वित्तीय स्थिति के बारे में कोई अन्य जानकारी भी है, जो आप हमें बताना चाहते हो, जैसे वित्तीय मुसीबत, चिकित्सा का अत्यधिक खर्च, मौसमी या अस्थायी आय, या व्यक्तिगत हानि, तो कृपया अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

रोगी अनुबंध

मैं समझता/समझती हूं कि CommonSpirit Health वित्तीय सहायता या भुगतान योजनाओं के लिए पात्रता निर्धारित करने में मदद करने हेतु अन्य स्रोतों से जानकारी लेकर जानकारी को सत्यापित कर सकता है।

- मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि मैंने जो जानकारी दी है, वह मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सच और सटीक है।
- मैं समझता/समझती हूं कि अगर मैं मांगी गई जानकारी देने में CommonSpirit Health से सहयोग न करूं, तो मेरा आवेदन अस्वीकार किया जा सकता है।
- मैं समझता/समझती हूं कि मैंने जो जानकारी दी है, CommonSpirit Health उसका सत्यापन कर सकता है।
- मैं समझता/समझती हूं कि सहायता के लिए पात्र बनने हेतु अतिरिक्त जानकारी मांगी जा सकती है।

अगर आपको बीमा कंपनी, कर्मचारी क्षतिपूर्ति योजना, या किसी अन्य तृतीय पक्ष से भुगतान मिलता है, तो आप अस्पताल को ऐसे किसी भुगतान की जानकारी देने के लिए सहमत हैं। अगर कोई तृतीय पक्ष आपको अस्पताल की सेवाओं का भुगतान करता है, तो अस्पताल के पास मूल, पूर्ण बिल शुल्क लेने का अधिकार है।

______________________________________ ______________________
आवेदन कर रहे व्यक्ति के हस्ताक्षर दिनांक