

7115 Greenville Avenue  
Dallas, TX 75231  
214-489-7252 पर कॉल करें या tifsfa@tifs.org पर ईमेल करें

तारीख: \_\_\_\_\_ गारंटर का नाम: \_\_\_\_\_

रोगी का नाम: \_\_\_\_\_ सेवा की तारीख: \_\_\_\_\_

अस्पताल खाता संख्या # \_\_\_\_\_ मेडिकल रिकॉर्ड # \_\_\_\_\_

प्रिय रोगी:

संलग्न में आपको Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery का वित्तीय सहायता आवेदन मिलेगा। इस आवेदन के पूरा करने पर हम आपके अस्पताल के बिल(ओं) को भरने के लिए वित्तीय सहायता पर विचार करने के लिए आपका खाता प्रस्तुत कर सकेंगे। यह केवल आपके अस्पताल शुल्क के लिए है।

हम गोपनीयता के लिए आपकी इच्छा को समझते हैं। इसलिए, सत्यापन उद्देश्यों को छोड़कर, आपके आवेदन में शामिल जानकारी को गोपनीय जानकारी के रूप में माना जाएगा। इसे केवल Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery के स्टाफ के साथ “जानने की आवश्यकता” के आधार पर साझा किया जाएगा।

कृपया आवेदन पर प्रत्येक आइटम को पूरा करें। यदि आपको किसी भी स्पष्टीकरण के लिए अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता है, तो कृपया आवेदन के पीछे का भाग उपयोग करें।

कृपया अपने वर्तमान महीने और दो पूर्व महीनों के वेतन की प्रतियां और/या परिवार के लिए आय के किसी अन्य रूप का प्रमाण प्रदान करें। यदि आपको चेक स्टब्स प्राप्त नहीं होते हैं, तो कृपया अपने मासिक जमा को दिखाने वाले अपने बैंक स्टेटमेंट की प्रतियां प्रदान करें। यदि आप स्वरोजगार हैं, तो कृपया अपने सबसे हाल ही में दायर व्यक्तिगत आयकर रिटर्न और वर्तमान लाभ और हानि विवरण की एक प्रति प्रदान करें। अनुरोधित दस्तावेज प्रदान करने में विफलता के परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता विचार के लिए इनकार किया जा सकता है।

यह बेहद महत्वपूर्ण है कि आप इस आवेदन को प्राप्त होने पर पूरा करें और इसे जल्द से जल्द वापस कर दें।

यदि आपको इस आवेदन को पूरा करने में कठिनाई होती है या कोई ऐसा क्षेत्र है जो अस्पष्ट है, तो कृपया कॉल करें। आपके सहयोग की सराहना की जाती है।

7115 Greenville Avenue  
 Dallas, TX 75231  
 214-489-7252 पर कॉल करें या tifsfa@tifs.org पर ईमेल करें

**वित्तीय सहायता के लिए आवेदन - पृष्ठ 1**

मरीज़ का नाम: आखिरी पहला बीच का  
 सामाजिक सुरक्षा # \_\_\_\_\_ जन्म तिथि: \_\_\_\_\_ अस्पताल खाता #: \_\_\_\_\_  
 शादीशुदा \_\_\_\_\_ अविवाहित \_\_\_\_\_ तलाकशुदा \_\_\_\_\_ विधवा \_\_\_\_\_ अलगाव शुदा \_\_\_\_\_  
 क्या आपके नाबालिग बच्चे (18 वर्ष से कम) हैं? \_\_\_\_\_ हाँ \_\_\_\_\_ नहीं  
 क्या वे आपके साथ रहते हैं? \_\_\_\_\_ हाँ \_\_\_\_\_ नहीं  
 क्या वे आपके द्वारा जन्मे/कानूनी रूप से गोद लिए गए बच्चे हैं? \_\_\_\_\_ हाँ \_\_\_\_\_ नहीं  
 रोगी रोजगार करता है? \_\_\_\_\_ हाँ \_\_\_\_\_ नहीं  
 पति या पत्नी रोजगार करता है? \_\_\_\_\_ हाँ \_\_\_\_\_ नहीं  
 क्या आपके पास चिकित्सा बीमा है? \_\_\_\_\_ हाँ \_\_\_\_\_ नहीं  
 क्या आप विकलांगता पर हैं? कितने समय से? \_\_\_\_\_ हाँ \_\_\_\_\_ नहीं  
 क्या आप सेना में हैं? \_\_\_\_\_ हाँ \_\_\_\_\_ नहीं

**परिवार के सदस्य - (जो आपके साथ रहते हैं)**

पति या पत्नी: \_\_\_\_\_  
 बच्चा: \_\_\_\_\_ उम्र: \_\_\_\_\_  
 बच्चा: \_\_\_\_\_ उम्र: \_\_\_\_\_  
 बच्चा: \_\_\_\_\_ उम्र: \_\_\_\_\_  
 बच्चा: \_\_\_\_\_ उम्र: \_\_\_\_\_

**आय (मासिक रकम):**

	<u>कुल</u>	<u>प्राप्त</u>	<u>खर्च</u>	<u>मासिक रकम</u>
रोगी	\$ _____	\$ _____	गिरवी/किराया	\$ _____
पति या पत्नी	\$ _____	\$ _____	खर्च	\$ _____
आश्रित	\$ _____	\$ _____	कार भुगतान	\$ _____
सार्वजनिक सहायता	\$ _____	\$ _____	भोजन / किराने का सामान	\$ _____
खाद्य टिकट	\$ _____	\$ _____	क्रेडिट कार्ड	\$ _____
सामाजिक सुरक्षा	\$ _____	\$ _____	अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)	\$ _____
बेरोज़गारी	\$ _____	\$ _____		\$ _____
हड़ताल के लाभ	\$ _____	\$ _____		
श्रमिकों का मुआवजा	\$ _____	\$ _____	<b>कुल</b>	\$ _____
निर्वाह निधि	\$ _____	\$ _____		
बाल सहायता	\$ _____	\$ _____		
सैन्य आवंटन	\$ _____	\$ _____		
पेंशन	\$ _____	\$ _____		
इनसे मिलने वाली आय: CD				
किराया, लाभांश				
ब्याज	\$ _____	\$ _____		
<b>कुल</b>	\$ _____	\$ _____		

7115 Greenville Avenue  
 Dallas, TX 75231  
 214-489-7252 पर कॉल करें या tifsfa@tifs.org पर ईमेल करें

**संपत्ति**

चालू खाता	\$ _____
बचत खाता	\$ _____
सीडी, आईआरए	\$ _____
अन्य निवेश (स्टॉक, बॉन्ड, आदि)	\$ _____
प्राथमिक निवास के अलावा अन्य संपत्ति/भूमि	\$ _____

**वित्तीय सहायता के लिए आवेदन – पृष्ठ 2**

मालिक का नाम _____	पति या पत्नी का मालिक: _____
दूरभाष # _____	दूरभाष # _____
मालिक का पता _____	मालिक का पता _____
व्यवसाय _____	व्यवसाय _____

क्या आप वर्तमान में मेडिकेड लाभ के लिए आवेदन कर रहे हैं?	_____	हाँ	_____	नहीं
क्या आपने अपने काउंटी अस्पताल/गरीब कार्यक्रम के माध्यम से सहायता के लिए आवेदन किया है?	_____	हाँ	_____	नहीं
क्या आपका चिकित्सक अपनी सेवाओं को दान कर रहा/रही है?	_____	हाँ	_____	नहीं
क्या कोई संभावित रूप से ऐसे उत्तरदायी तृतीय-पक्ष हैं जो आपकी दुर्घटना/चोट/बीमारी के लिए जिम्मेदार हैं?	_____	हाँ	_____	नहीं
क्या कोई आपके अस्पताल के बिलों के भुगतान में आपकी सहायता कर रहा है?	_____	हाँ	_____	नहीं
आपकी सहायता कौन कर रहा है?	_____			
आपको कितनी सहायता प्राप्त हो रही है?	_____			

ऐसी किसी भी अन्य जानकारी को सूचीबद्ध करें, जो आपको लगता है कि आपके अस्पताल के बिल का भुगतान करने में सहायता के लिए, आपकी पात्रता निर्धारित करने में हमारे लिए उपयोगी होगी।

अपेक्षित कमाई और/या धन जो आपको अपनी बीमारी के कारण आपके अवकाश के दौरान प्राप्त होगा (बीमारी के लिए छुट्टी, भुगतान की छुट्टी, अल्पकालिक/दीर्घकालिक विकलांगता आय)। \$ \_\_\_\_\_

कितने लंबे समय के लिए आप काम करने और/या मजदूरी कमाने में असमर्थ होंगे: \_\_\_\_\_

मैं समझता हूँ कि Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery इस आवेदन के अस्पताल के मूल्यांकन के संबंध में इस आवेदन में निहित वित्तीय जानकारी को सत्यापित कर सकता है, और मैं अस्पताल को अधिकृत करता हूँ कि वह प्रदान की गई जानकारी को प्रमाणित करने और क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों से रिपोर्ट का अनुरोध करने के लिए मेरे मालिक से संपर्क कर सकता है। मुझे पता है कि इस जानकारी का उपयोग वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए किया जाएगा और इस आवेदन में दी जानकारी यदि झूठी निकली तो परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता देखभाल सहायता से इनकार किया जा सकता है। मैं यह भी समझता हूँ कि किसी तीसरे पक्ष या अन्य स्रोत से वसूली की स्थिति में किसी भी वित्तीय सहायता अनुमोदन को पूरी तरह से या आंशिक रूप से उलट दिया जा सकता है।

मैं यह भी समझता हूँ कि मुझे प्राप्त किसी भी वित्तीय सहायता देखभाल को अस्पताल द्वारा मेरे द्वारा बकाया राशि की प्रतिपूर्ति के लिए अपने अस्पताल के ग्रहणाधिकार द्वारा छूट के रूप में नहीं माना जाएगा और इस अस्पताल में भर्ती से संबंधित मुझे प्राप्त होने वाली किसी भी प्रतिपूर्ति को Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery को भेजा जाना चाहिए।

अनुरोध करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि रोगी है तो _____	तारीख _____
-------------------------------------------------------------	-------------

अनुरोध करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि रोगी नहीं है तो _____	संबंध _____
------------------------------------------------------------------	-------------

रोगी का पता _____	शहर _____	राज्य _____	ZIP काउंटी _____	घर का टेलीफोन नंबर _____
-------------------	-----------	-------------	------------------	--------------------------