प्रिय रोगी,

नॉर्थेस्ट अस्पताल निगम, विनचेस्टर अस्पताल और लहे विलिनिक अस्पताल, इंक वित्तीय सहायता आवेदन संलग्न है। कृपया इसे पूरा तरह भरे और सभी आवश्यक दस्तावेज के साथ जमा करवाएं। अधूरे आवेदन ने वित्तीय सहायता से वंचित किया जा सकता है।

आवेदन वापस करने की समय सीमा जिन मुक्तियाँ के लिए वित्तीय सहायता के लिए आवेदन किया जा रहा है, उनके पहले बिल की तारीख से 240 दिन की है।

नॉर्थेस्ट अस्पताल निगम, विनचेस्टर अस्पताल और लहे विलिनिक अस्पताल, इंक और इसके सहयोगी उन रोगियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए समर्पित हैं जिन्हें स्वास्थ्य संबंधी सहायता की आवश्यकता है और जिनका बीमा नहीं है, किसी सरकारी सहायता के लिए अप्राप्त है। या अपनी व्यक्तिगत वित्तीय स्थिति के कारण वित्तीय सहायता के लिए भुगतान करने में असमर्थ है।

यदि आपके कोई प्रश्न हैं तो कृपया नीचे लिखे नंबर पर वित्तीय परामर्श के लिए संपर्क करें।

धन्यवाद।

आवेदन जमा करवाएं:

वित्तीय परामर्श विभाग
लहे अस्पताल एंड मेडिकल सेंटर
41 माल रोड
बलिगटन, MA 01803
781-744-8815
पैटिटी केयर के लिए वित्तीय सहायता आवेदन

कृपया पिट करें

आज की तारीख: ___________________ सामाजिक सुरक्षा #: ___________________

मेडिकल रिकोर्ड नंबर: ___________________

रोगी का नाम: ______________________________________________________________

पता: __________________________________________________________

सड़क अपार्टमेंट नंबर

_________________________ ____________________________

शहर राज्य जिपकोड

अस्पताल सेवाओं की तारीख: ___________________ रोगी की जन्म तिथि: ___________________

क्या अस्पताल सेवा के समय रोगी का स्वास्थ्य बीमा या मेडिकेड” था?

हाँ ☐ नहीं ☐

यदि "हाँ", बीमा कार्ड की एक प्रति संलग्न करे (आगे और पीछे) और निम्नलिखित को पूरा करें:

बीमा कंपनी का नाम: ___________________ पॉलिसी नंबर: ___________________

प्रभावी तिथि: ___________________ बीमा फोन नंबर: ___________________

** वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने से पहले, अपने पिछले 6 महीनों में मेडिकेड के लिए आवेदन किया होना चाहिए और आपको आवेदन निरस्त का प्रमाण दिखाना होगा।

नोट: अगर स्वास्थ्य बचत खाता (HSA), स्वास्थ्य प्रति -पूर्ति खाता (HRA), फ्लेक्सबल खर्च खाता (FSA) या इसी तरह के फंड परिवार चिकित्सा खर्च के लिए नामित किया गया हो तो वित्तीय सहायता तब तक लागू नहीं हो सकता है जब तक वैसे सारे स्रोत क्षय नहीं हो जाते।

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के लिए निम्नलिखित को भरें:
18 वर्ष से कम आय के रोगी, माता-पिता, बच्चों और / या भाई-बहनों, प्राकृतिक या दत्तक सहित परिवार के सभी सदस्यों की सूची बनाएं।

<table>
<thead>
<tr>
<th>परिवार का सदस्य</th>
<th>आयु</th>
<th>रोगी के साथ संबंध</th>
<th>आय का स्रोत या नियोक्ता का नाम</th>
<th>मासिक सकल आय</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
वित्तीय सहायता आवेदन के अलावा हमें इस आवेदन के साथ निम्नलिखित
dस्तावेज भी संलग्न करें:
• वर्तमान राज्य या संघीय आयकर रिटर्न
• वर्तमान फॉर्म W2 और / या फॉर्म 1099
• चार सबसे हाल के पेंशन स्टेटस
• चार सबसे हाल की मांग और / या बचत खाता विवरण
• स्वास्थ्य बचत खाते
• स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति त्यवस्था
• लचीले व्यय खाते

यदि ये उपलब्ध नहीं हैं, तो कृपया अन्य दस्तावेज पर चर्चा करने के लिए वित्तीय परामर्श इकाई (781) 744-8815 पर कॉल करें।

नीचे मेरे हस्ताक्षर से, मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि मैं ने वित्तीय सहायता नीति और आवेदन को ध्यान से पढ़ा है और मैंने जो कुछ भी कहा है या जो कोई दस्तावेज मैंने संलग्न किये हैं वह मेरी जानकारी में सही है। मैं समझता हूँ कि वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए जान बूझकर गलत जानकारी प्रस्तुत करना गैर कानूनी है।

आवेदक के हस्ताक्षर: __________________________________________

रोगी के साथ संबंध: __________________________________________

पूर्णतिथि: _______________________

यदि आप की आय किसी भी तरह से पूरक है या आपने इस आवेदन पर $ 0.00 आय की सूचना दी है, तो आपके और आपके परिवार को सहायता प्रदान करने वाले व्यक्ति द्वारा नीचे दिए गए समर्थन बयान को भरवाएं।

समर्थन बयान

मुझे रोगी / जिम्मेदार पार्टी द्वारा वित्तीय सहायता प्रदान करने वाले के रूप में निर्धित किया गया है। नीचे सेवाओं और सहायता की एक सूची है जो मैं प्रदान करता हूँ।

___________________________________________________________________________________________

___________________________________________________________________________________________

चार सबसे हाल के पेंशन स्टेटस

मैं इस बात को प्रमाणित और सत्यापित करता हूँ कि दी गई सभी जानकारी मेरे जान के अनुसार सत्य और सही है। मैं समझता हूँ कि मेरे हस्ताक्षर मुझे रोगी के चिकित्सा व्यय के लिए वित्तीय रूप से जिम्मेदार नहीं बनाएगे।

हस्ताक्षर: ____________________________ पूर्णतिथि: ____________________________

कृपया पात्रता निर्धारण के लिए पूर्ण आवेदन प्राप्त होने की तिथि से 30 दिनों का समय दें।
यदि पात्र है, तो अनुमोदन की तारीख से छह महीने के लिए वित्तीय सहायता दी जाती है और यह सभी बेथइज़राइल लहे स्वास्थ्य सहयोगियों के लिए मान्य है: उनके संबंधित परिषिक्त 5 में निर्धारित वित्तीय सहायता मौलियाँ:

• एना जैक्स अस्पताल
• एडिसन गिल्बर्ट अस्पताल
• बेयरिज अस्पताल
• बेथ इज़राइल डेकोनेस मेडिकल सेंटर -बोस्टन
• बेथ इज़राइल डेकोनेस मिल्टन
• बेथ इज़राइल डीकोन नीधम
• बेथ इज़राइल डेकोनेस प्लेयमाउथ
• बेवली अस्पताल
• लहे होस्पिटल एंड मेडिकल सेंटर, बर्लिंगटन
• लहे मेडिकल सेंटर, पीबॉडी
• माउंट ऑबनर अस्पताल
• न्यू इंग्लैंड बैपिस्ट अस्पताल
• विनचेस्टर अस्पताल

<table>
<thead>
<tr>
<th>स्टाफ के लिए आवेदन प्राप्त कर्ता:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AJH</td>
</tr>
<tr>
<td>AGH</td>
</tr>
<tr>
<td>बेयरिज</td>
</tr>
<tr>
<td>BIDMC</td>
</tr>
<tr>
<td>BID मिल्टन</td>
</tr>
<tr>
<td>BID नीधम</td>
</tr>
<tr>
<td>BID प्लायमाउथ</td>
</tr>
<tr>
<td>बेवली</td>
</tr>
<tr>
<td>LHMC</td>
</tr>
<tr>
<td>LMC पीबॉडी</td>
</tr>
<tr>
<td>MAH</td>
</tr>
<tr>
<td>NEBH</td>
</tr>
<tr>
<td>WH</td>
</tr>
<tr>
<td>दिनांक:</td>
</tr>
</tbody>
</table>