

HMH CARRIER CLINIC, INC.

वित्तीय सहायता कार्यक्रम (FAP)

केवल PFS उपयोग के लिए

आवेदन प्राप्त हान का तिथि

पहचान, घर, सबसे हालिया फ़ेडरल टैक्स रिटर्न्स, आय और संपत्तियों के प्रमाण आवश्यक रूप से इस आवेदन में शामिल होने चाहिए।
कृपया माँगे गए सभी दस्तावेज़ों की कॉपी भेजें, मूल दस्तावेज़ न भेजें क्योंकि इन्हें वापस नहीं किया जाएगा।
सहायता, मार्गदर्शन या सवालों के लिए कृपया रोगी वित्तीय सेवाएँ (Patient Financial Services) 908-281-1522 पर कॉल करें।

I. व्यक्तिगत जानकारी

अस्पताल खाता

रोगी का नाम (अंतिम, पहला, मध्य अक्षर)	वैवाहिक स्थिति	सोशल सिक्यूरिटी #
(पता संख्या और सड़क)	अपना _____	किराया कितना समय _____
(शहर, राज्य, ज़िप कोड)		(काउंटी)
फ़ोन (घर) _____	फ़ोन (दिन में) _____	
आवेदन भरने वाले का नाम	रोगी के साथ संबंध	टेलीफोन नंबर
गारंटर का नाम (यदि रोगी आलावा कोई है)	रोगी के साथ संबंध	टेलीफोन नंबर

II. बीमा की जानकारी

बीमा का नाम	सदस्य का नाम	रोगी के साथ संबंध
यदि बीमा नहीं है - क्या आपने मार्केटप्लेस का माध्यम से स्वास्थ्य कवरेज के लिए आवेदन किया है? क्या आपको मार्केटप्लेस के माध्यम से कवरेज के लिए आवेदन करने के लिए छूट मिली है?	हाँ _____ हाँ _____ हाँ _____ हाँ _____	नहीं _____ नहीं _____ नहीं _____ नहीं _____
क्या अपने पिछले 6 महीनों में चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन किया है? यदि हाँ, कृपया अस्वीकरण के पत्र की कॉपी या योग्यता का प्रमाण संलग्न करें।		

यदि नहीं, तो लाभ के लिए आवेदन हेतु मार्गदर्शन के लिए कृपया अपने सामाजिक सेवाओं के स्थानीय बांड से संपर्क करें।

III. परिवार की जानकारी (आपके परिवार में रहने वाले सभी लोगों की सूची)

परिवार का आकार _____

रोगी सहित परिवार के सदस्यों के नाम	रोगी के साथ संबंध	व्यवसाय
	रोगी	

जारी रखें.. परिवार के सदस्य	रोगी के साथ संबंध	व्यवसाय

IV. परिवार के सदस्यों के आय/संपत्ति के स्रोत (सगे, विवाह या गोद लिए हुए शामिल)

परिवार की आय:

कृपया उल्लेख करें कि मासिक (मा) या वार्षिक आय(वा)		रोगी	शेष परिवार
कटौती से पहले वेतन/मजदूरी	मा वा	\$	\$
खुद का व्यवसाय (स्वतंत्र स्रोत द्वारा सत्यापित)	मा वा	\$	\$
सोशल सिक्यूरिटी लाभ	मा वा	\$	\$
एलिमनी / चाइल्ड सहायता	मा वा	\$	\$
अन्य आर्थिक सहायता	मा वा	\$	\$
बेरोजगारी और कामगार का मुआवजा	मा वा	\$	\$
वयोवृद्ध लाभ	मा वा	\$	\$
पेंशन भुगतान	मा वा	\$	\$
बीमा और वार्षिकी भुगतान	मा वा	\$	\$
लाभांश/ब्याज	मा वा	\$	\$
किराये से आय	मा वा	\$	\$

कुल

V. आवेदक द्वारा सत्यापन

मैं सत्यापित करता हूँ कि ऊपर दी गई मेरे परिवार के आकार, आय और संपत्तियों से जुड़ी जानकारी सत्य है और सही है।

मैं समझता/समझती हूँ कि जानबूझ कर गलत जानकारी सबमिट करने से मुझे सभी अस्पताल शुल्कों के उत्तरदायी ठहराया जाएगा।

मैं समझता/समझती हूँ कि अपनी आय या संपत्तियों की स्थिति में होने वाले किसी भी बदलाव के बारे में अस्पताल को सूचित करना मेरा उत्तरदायित्व है।

रोगी के हस्ताक्षर

तिथि

फॉर्म #991 (JAN,2019)

परिवार की संपत्तियाँ:

अन्य संपत्तियाँ	रोगी	शेष परिवार
बचत	\$	\$
चेकिंग	\$	\$
जमाराशि का प्रमाणपत्र (CD)	\$	\$
मुद्रा बाजार खाते	\$	\$
बचत बांड	\$	\$
स्टॉक	\$	\$
बांड	\$	\$
IRA	\$	\$
401(K)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
अन्य	\$	\$

कुल

भरने वाले के हस्ताक्षर /रोगी के साथ संबंध)

तिथि