

प्रिय रोगी,

नॉर्थईस्ट अस्पताल निगम, विनचेस्टर अस्पताल और लहे क्लिनिक अस्पताल, इंक वित्तीय सहायता आवेदन संलग्न है। कृपया इसे पूरी तरह भरें और सभी आवश्यक दस्तावेजों के साथ जमा करवाएं। अधूरे आवेदनों को वित्तीय सहायता से वंचित किया जा सकता है।

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

नॉर्थईस्ट अस्पताल निगम, विनचेस्टर अस्पताल और लहे क्लिनिक 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 अपात्र हैं या अपनी व्यक्तिगत वित्तीय स्थिति के कारण चिकित्सकीय सहायता के लिए भुगतान करने में असमर्थ हैं।

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  
बर्लिंगटन, MA 01803  
781-744-8815

## चैरिटी केयर के लिए वित्तीय सहायता आवेदन

कृपया प्रिंट करे

आज की तारीख: \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा #: \_\_\_\_\_

मेडिकल रिकॉर्ड नंबर: \_\_\_\_\_

रोगी का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

सड़क

अपार्टमेंट नंबर

शहर

राज्य

ज़िपकोड

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 करें (आगे और पीछे) और निम्नलिखित को पूरा करें:

बीमा कंपनी का नाम: \_\_\_\_\_ पॉलिसी क्रमांक: \_\_\_\_\_

प्रभावी तिथि: \_\_\_\_\_

बीमा फोन नंबर: \_\_\_\_\_

\*\* वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने से पहले, आपने 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), फ्लेक्सिबल 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 आयु के रोगी, माता-पिता, बच्चों और / या भाई-बहनों, प्राकृतिक या दत्तक सहित परिवार के सभी सदस्यों की सूची बनाएं।

परिवार का सदस्य	आयु	रोगी के साथ संबंध	आय का स्रोत या नियोक्ता का नाम	मासिक सकल आय
-----------------	-----	-------------------	--------------------------------	--------------

1.				
2.				
3.				
4.				

वित्तीय सहायता आवेदन के अलावा हमें इस आवेदन के साथ निम्नलिखित

दस्तावेज भी संलग्न करें:

- वर्तमान राज्य या संघीय आयकर रिटर्न
- वर्तमान फॉर्म W2 और / या फॉर्म 1099
- चार सबसे हाल के पेट्रोल स्टम्प्स
- चार सबसे हाल की मांग और / या बचत खाता विवरण
- स्वास्थ्य बचत खाते
- स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति व्यवस्था
- 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 मैंने 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 बयानको भरवाएं।

**समर्थन बयान**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ पूर्ण तिथि: \_\_\_\_\_

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 परिशिष्ट 5 में निर्धारित वित्तीय सहायता नीतियाँ:

- एना जैक्स अस्पताल
- एडिसन गिल्बर्ट अस्पताल
- बेयरिज अस्पताल
- बेथ इज़राइल डेकोनेस मेडिकल सेंटर -बोस्टन
- बेथ इज़राइल डेकोनेस मिल्टन
- बेथ इज़रायल डीकोनेस नीधम
- बेथ इज़राइल डेकोनेस प्लायमाउथ
- बेवर्ली अस्पताल
- लहे हॉस्पिटल एंड मेडिकल सेंटर, बर्लिंगटन
- लहे मेडिकल सेंटर, पीबॉडी
- माउंट ऑबर्न अस्पताल
- न्यू इंग्लैंड बैपटिस्ट अस्पताल
- विनचेस्टर अस्पताल

स्टाफ के लिए

आवेदन प्राप्त कर्ता:

AJH

AGH

बेयरिज

BIDMC

BID मिल्टन

BID नीधम

BID प्लायमाउथ

बेवर्ली

LHMC

LMC पीबॉडी

MAH

NEBH

WH

दिनांक: