

प्रिय रोगी,

नॉर्थईस्ट अस्पताल निगम, विनचेस्टर अस्पताल और लहे क्लिनिक अस्पताल, इंक की मेडिकल हार्डशिप आवेदन संलग्न है। कृपया इसकी 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 जिनकी 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 आपका कोई प्रश्न है 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

मेडिकल हार्डशिप 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

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: _____

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
- सभी मेडिकल बिल की प्रतियां

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

सभी चिकित्सा ऋणों की सूची दें और पिछले बारह महीनों में किए गए बिलों की प्रतियां प्रदान करें:

सेवा की तिथि	सेवा का स्थान	बकाया राशि
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

क्यों इन चिकित्सा बिलों का भुगतान कठिन हो जाएगा एक संक्षिप्त विवरण प्रदान करें:

नीचे मेरे हस्ताक्षर द्वारा, मैं यह प्रमाणित करता हूं कि आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरे ज्ञान, सूचना और विश्वास के अनुसार सही है ।

आवेदक के हस्ताक्षर : _____

रोगी के साथ संबंध : _____

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 डीकोनस 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	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
बेयरिज	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID मिल्टन	<input type="checkbox"/>
BID नीधम	<input type="checkbox"/>
BID प्लायमाउथ	<input type="checkbox"/>
बेवर्ली	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC पीबॉडी	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
दिनांक:	