

आर्थिक सहायता आवेदन इंस्टिट्यूट फॉर ऑर्थोपेडिक सर्जरी

सेवा की तिथि: _____ अकाउंट नंबर: _____

रोगी या आवेदक का नाम: _____ पता: _____

शहर: _____

राज्य: _____

ज़िप: _____ आवास फोन नंबर: _____ सेल फोन नंबर: _____

रोगी का सोशल सिक्यूरिटी नंबर: _____ वैवाहिक स्थिति: _____

आर्थिक सहायता के लिए विचार किए जाने के लिए निम्नलिखित प्रश्न पूरा करना आवश्यक है

- क्या आपके अस्पताल सेवा की समय आप ओहायो के निवासी थे? हाँ _____ नहीं _____
a) यदि "नहीं", आप किस स्टेट में रहते थे? _____
- क्या आपने मेडिकेड या अन्य काउंटी सहायता के लिए आवेदन किया है? हाँ _____ नहीं _____
a) यदि "हाँ", आपने किस तिथि को आवेदन वापस किया था? _____
b) यदि "हाँ", क्या आपने ओहायो के अलावा किसी अन्य स्टेट में मेडिकेड के लिए आवेदन किया था? हाँ _____ नहीं _____
यदि "हाँ", आपने किस स्टेट में कवरेज के लिए आवेदन किया है? _____
- क्या सेवा की तिथि में आपका स्वास्थ्य बीमा कवरेज था? हाँ _____ नहीं _____
a) यदि "हाँ", (और बीमा का बिल नहीं भेजा गया है) इस आवेदन के साथ आपके बीमा कार्ड की एक प्रति भेजें।
- क्या सेवा करने की तिथि वाहन दुर्घटना से संबंधित था? हाँ _____ नहीं _____
a) यदि "हाँ", क्या अपने क्लेम दायर किया था? क्लेम नंबर: _____ बीमा का नाम: _____
- क्या आपका हेल्थ सेविंग्स अकाउंट (HSA) है? हाँ _____ नहीं _____
a) यदि "हाँ", कृपया अपने वर्तमान बैलेंस दिखाता हुआ दस्तावेज की प्रति भेजें।
- यदि आपके घर के किसी सदस्य के पास निम्न संसाधन है, तो कृपया बताएं।
a) क्या आप अपने या किराये के घर में रहते हैं? अपना _____ किराये के _____
b) चेकिंग/सेविंग्स: हाँ _____ नहीं _____ यदि हाँ तो कुल मूल्य सूचीबद्ध करें \$ _____
c) अन्य परिसंपत्तियों सहित, लेकिन सीडी/शेयर/बॉन्ड/मनी मार्केट अकाउंट तक सीमित नहीं: हाँ _____ नहीं _____ यदि हाँ तो कुल मूल्य सूचीबद्ध करें \$ _____

कृपया नीचे अपने घर के हर सदस्य का नाम सूचीबद्ध करें। यदि आपको अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता है, अतिरिक्त फार्म संलग्न करें

नाम	संबंध रोगी के साथ	जन्म तिथि	कुल आय पिछले 3 महीनों में नौकरी के तिथि से पहले	कुल आय पिछले 12 महीनों में नौकरी के तिथि से पहले	आय का स्रोत नियोजक का नाम (यदि कॉलेज की विद्यार्थी हैं तो बताएं)
	स्वयं				

इस आवेदन के साथ 3 महीने या 12 महीने की आय का प्रमाण भेजें:

आय को कर काटने से पहले की कुल आय माना जाता है, और इसमें शामिल हैं, परंतु इन तक सीमित नहीं है: • मजदूरी या वेतन (3 महीने के वेतन स्टब्स भेजें) • बेरोजगारी • गुजारा भत्ता • VA बेंनिफिट • सोशल सिक्यूरिटी (कटौती से पहले) या अधिनिर्णय पत्र • चाइल्ड सपोर्ट • पेंशन या रिटायरमेंट • 401K • कामगार क्षतिपूर्ति अधिनिर्णय पत्र • एकमुश्त भुगतान • OWF सहायता • वार्षिकी • नकद रसीद • स्व-नियोजन का रिकॉर्ड • अस्थिर काम • फेडरल इनकम टैक्स रिटर्न • कोई अन्य आय • यदि आप शून्य आय रिपोर्ट कर रहे हैं तो आर्थिक सहायता के लिए विचार किए जाने के लिए आपको निम्नलिखित सहायता कथन पूरा करना होगा • चेकिंग/सेविंग्स (या अन्य परिसंपत्ति) का प्रमाण मांग किया जा सकता है • फूड स्टैम्पस को आय के रूप में नहीं गिने जाते हैं लेकिन नीचे "सहायक कथन" लाइन पर सूचीबद्ध किया जाना चाहिए

यदि आपने आप शून्य कुल आय की सूचना दी है, आपको सहायता कैसे मिल रहा है? _____

स्पष्टीकरण: इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने से, मैं पुष्टि करता/ती हूँ कि इस आवेदन पर दिए गए उत्तर सच हैं। यदि किसी व्यक्ति की वित्तीय सहायता आवेदन की उत्तरवर्ती समीक्षा में पाया जाता है कि व्यक्ति द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी गलत या कपटपूर्ण थी, वित्तीय सहायता प्रदान करने का फैसला वापस लिया सकता है और जिम्मेदार पक्ष को बिल भेजा जाएगा। मैं समझता/ती हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत की गई जानकारी मेरे अस्पताल प्रदाता, जिसमें शामिल है क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियां, द्वारा सत्यापन पर निर्भर है, और आवश्यकता के अनुसार मैं फेडरल और/या स्टेट एजेंसियों और दूसरों के द्वारा समीक्षा पर निर्भर हूँ। मैं अपने नियोजक को मेरी अस्पताल प्रदाता को मेरी आय का प्रमाण जारी करने के लिए प्राधिकृत करता/ती हूँ।

रोगी का हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

आवेदक या प्रतिनिधि का हस्ताक्षर: _____
(यदि रोगी नहीं)

संबंध: _____

दिनांक: _____

पूरा किया गया आवेदन और प्रलेखन को इस पते पर भेजें:
Institute for Orthopaedic Surgery
Attn: Billing Department
801 Medical Drive, Suite B
Lima, Ohio 45804

DRAFT