

# िवत्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम (अंितम, प्रथम, मध्य)	सोशल िसक्योिरटी नंबर
साउथ कै रोिलना िनवासी: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना	ट्रैवल वीज़ा: <input type="checkbox"/> हां <input checked="" type="checkbox"/> ना
अमेरिकी नागिरक: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना	मेडिकल िरकॉर्डर नंबर (के वल कार्यालय उपयोग):

रोगी या िजम्मेदार पक्ष (अगर रोगी 18 की उम्र से कम है)

ल िसक्योिरटी अक्षमता के िलए आवेदन िक्या है <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना
अगर आवेदन िक्या, तो िस्थित: <input type="checkbox"/> नामंजूर <input type="checkbox"/> अपील <input type="checkbox"/> अटॉनीर् लेवल <input type="checkbox"/> लंबित <input type="checkbox"/> मंजूर
अगर हाल ही में प्रदान िक्या गया तो मौजूदा सोशल िसक्योिरटी प्रदान करने का पत्र या जीवनसाथी व िकसी बच्चे को िमला अक्षमता लाभ प्रदान करने का पत्र संलग्न करें

बैंक खाते (उदाहरण 401k, 403b, मनी मार्केट, सीडी, स्टॉक्स, बॉन्ड्स, सेविंग्स, अन्य िनवेश)

कंपनी का नाम	खाते की िकस्म/मूल्य	कंपनी का नाम	खाते की िकस्म/मूल्य
नाम (अंितम, प्रथम, मध्य)	सोशल िसक्योिरटी नंबर	जन्म ितिथ (मम, िदिद, वववव)	
पता	शहर	राज्य, िज़प कोड	
फोन	घर के सदस्य (रोगी, जीवनसाथी व आश्रित लोग)	वैवाहिक िस्थित	
रोज़गार िस्थित: <input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> स्व-रोज़गार	िनयोक्ता का नाम		
<input type="checkbox"/> बेरोज़गार <input type="checkbox"/> छात्र <input type="checkbox"/> भूतपूर्व सैनिक <input type="checkbox"/> िवकलांग			
रोज़गार की अविध	बेरोज़गारी की अविध (मम, िदिद, वववव)	वेतन/आय	क्या आपने एक और टैक्स िरटनर् पर दावा िक्या है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना (अगर हां तो दावा वाली टैक्स िरटनर् प्रस्तुत करें)
साउथ कै रोिलना िनवासी: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना	ट्रैवल वीज़ा: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना		
अमेरिकी नागिरक: <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना			

पित या पत्नी/जीवनसाथी

नाम (अंितम, प्रथम, मध्य)	सोशल िसक्योिरटी नंबर	जन्म ितिथ (मम, िदिद, वववव)
रोज़गार िस्थित: <input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> स्व-रोज़गार	िनयोक्ता का नाम	
<input type="checkbox"/> बेरोज़गार <input type="checkbox"/> छात्र <input type="checkbox"/> भूतपूर्व सैनिक <input type="checkbox"/> िवकलांग		
रोज़गार की अविध	बेरोज़गारी की अविध (मम, िदिद, वववव)	वेतन/आय

कानूनी आश्रित लोग जैसा कि टैक्स िरटनर् में दावा िक्या गया है (अगर 4 से ज्यादा आश्रित लोग हैं तो अलग पेज का इस्तेमाल करें)

पूरा नाम (अंितम, प्रथम, मध्य)	संबंध	जन्म ितिथ (मम, िदिद, वववव)

कवरेज सूचना

मैंने <input type="checkbox"/> संघीय या राज्य िचिकत्सा सहायता के िलए आवेदन िक्या है <input type="checkbox"/> अपनी हल्थकेयर एक्सचेंज योजना की पात्रता की जांच कर ली है <input type="checkbox"/> कुछ भी नहीं िक्या है
वजह _____
मेरा <input type="checkbox"/> मुकदमा है <input type="checkbox"/> िनपटारा है <input type="checkbox"/> ब्यक्तिगत क्षित दावा है <input type="checkbox"/> देयता दावा है <input type="checkbox"/> कमर्चारी क्षितपूित दावा है <input type="checkbox"/> कुछ भी नहीं है
अटॉनीर् का नाम _____
इंश्योरेंस इनके जिएर उपलब्ध है: <input type="checkbox"/> मेरा िनयोक्ता <input type="checkbox"/> जीवनसाथी का िनयोक्ता <input type="checkbox"/> कोबरा <input type="checkbox"/> कोई नहीं
इंश्योरेंस सूचना _____

क्या पिछले 3 महीनों के भीतर आपने या किसी पारिवारिक सदस्य ने मेडिकेड के ड के लिए आवेदन किया है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> ना आवेदनकर्ता _____ देश जिसमें आवेदन किया _____ आवेदन की तिथि _____ के सवकर् का नाम _____			

**संपत्ति**

प्रकार	विवरण	अनुमानित मूल्य	बकाया भुगतान
प्राथमिक निवास	<input type="checkbox"/> खुद का <input type="checkbox"/> किराए का		
द्वितीय निवास/छुट्टियों के लिए घर			
भूमि (एकड़ की संख्या)			
किराए वाली संपत्ति			
कारोबार/खेती उपकरण			
अन्य/मनोरंजक वाहन			

**आय के साधन (निम्न में से किसी एक के लिए दस्तावेज प्रस्तुत करें)**

आय का विवरण	साधन	मासिक आय राशि
ब्याज/लाभांश		
पेंशन/रिटायरमेंट		
किराया/संपत्ति		
निवेश		
स्व-रोज़गार (कारोबारी व व्यक्तिगत टैक्स रिटर्न्स की आवश्यकता है)		
अन्य		

**सत्यापन**

मैं समझता हूँ कि यह आवेदन सफल ग्रीनिवले हेल्थ सिस्टम व Prisma Health द्वारा उपलब्ध करवाई गई सेवाओं पर ही लागू है। यह अन्य पक्षों द्वारा उपलब्ध करवाई गई सेवाओं पर लागू नहीं है जो कि मेरे इलाज में सहायक हो सकते हैं। मैं समझता हूँ कि Prisma Health की सभी मेडिकल सेवाएं विवतीय सहायता के लिए पात्रता हासिल नहीं करती हैं। इश्योरेंस कवरेज, आवेदक को भुगतान, या प्राप्त या आग्रहित सेवाओं से संबंधित व्यक्तिगत क्षित के दावे के आवेदक द्वारा अनुपालन समेत, नई उद्घाटित सूचना के परिणामस्वरूप Prisma Health विवतीय सहायता अनुमित वापस लेने और वैकल्पिक प्रितपूितर् या उगाही करवाने का अधिकार सुरक्षित रखती है। विवतीय सहायता प्रदान किये जाने के बाद Prisma Health को प्राप्त सभी भुगतान, समायोजित राशियों की वापसी में फलीभूत होंगे ताकि बिना किसी बकाया देनदारी या बकाया कर्ज के शेष स्व-पोषित बकाया का निपटारा किया जा सके।

मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन की सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सत्य व सही है। मैं समझता हूँ कि गलत सूचना देने पर यह आवेदन नामंजूर हो सकता है। अगर इस आवेदन में दी गई सूचना कभी भी गलत पाई जाती है तो Prisma Health द्वारा मुझे दी गई विवतीय सहायता वापस ली जा सकती है और मूल खाते के बकाया के लिए मैं जिम्मेदार होऊँगा। मैं पुनः समझता हूँ कि अगर मेरे द्वारा दी गई कोई सूचना बदलती है तो मैं तुरंत ग्रीनिवले हेल्थ सिस्टम को सूचित करूँगा।

रोगी/जिम्मेदार व्यक्ति के हस्ताक्षर	तिथि (MM, DD, YYYY)
-------------------------------------	---------------------

आवेदन इस पते पर वापस भेजें:

Financial Assistance  
 255 Enterprise Boulevard, Ste. 250  
 Greenville, S.C. 29615