

[वित्तीय सहायता के लिए गोपनीय आवेदन]

[Trinity Health के सुविधा केन्द्रों और चिकित्सकों द्वारा प्रदान की जाने वाली अस्पताल और व्यावसायिक सेवाओं के लिए] व्यक्तिगत और गोपनीय

अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के रूप में Saint Agnes Medical Center को चुनने के लिए धन्यवाद। कृपया अपनी वित्तीय सहायता के मूल्यांकन को पूरा करने के लिए कृपया संलग्न आवेदन को पूरा करें और नीचे दिए गए पते पर लौटाएं।

यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया हमारे ग्राहक सेवा केंद्र से 800-494-5797 पर, सोमवार से शुक्रवार सुबह 9:00 बजे से शाम 5:00 बजे ET के बीच संपर्क करें।

भवदीय,

Trinity Health Enterprise रोगी वित्तीय सेवाएं
Saint Agnes Medical Center की ओर से
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

[वित्तीय सहायता के लिए गोपनीय आवेदन]

[Trinity Health के सुविधा केन्द्रों और चिकित्सकों द्वारा प्रदान की जाने वाली अस्पताल और व्यावसायिक सेवाओं के लिए]

[कृपया आवेदन फॉर्म को पूरा करें तथा हस्ताक्षर करें और 10 दिनों के अंदर निम्नलिखित की प्रतियों सहित लौटाएं:]

[आवश्यक सत्यापन]

- [सकल आय का पिछले एक महीने का प्रमाण]
- [सभी बैंक अकाउंट का पिछले दो महीने का पूर्ण बैंक विवरण, सभी शामिल पृष्ठों के साथ (आवर्ती जमा के लिए स्पष्टीकरण)]
- [हाल के टैक्स रिटर्न (शेड्यूल C, E या F के साथ 1040 फॉर्म) या तीन महीने के लाभ और हानि विवरण (स्व-नियोजन/आश्रित) के लिए] [यदि लागू हो, तो निम्नलिखित प्रदान करें]
- [सीजनल आय के लिए हाल ही का W2] [बेरोजगारी लाभ/अस्वीकार पत्र] [बाल सपोर्ट आय/निर्वाह खर्च]
- [कोई आय नहीं – आवेदन के वित्तीय सपोर्ट भाग को पूरा करें]

रोगी जानकारी

[रोगी का नाम]		[जन्म तिथि]	
[सामाजिक सुरक्षा/EIN नंबर (वैकल्पिक)]	[मोबाइल फोन]	[अन्य फोन]	
[डाक पता]	[शहर]	[राज्य]	[ज़िप कोड]
[ईमेल पता]	[आप किस राज्य के निवासी हैं?]		
[वैवाहिक स्थिति] <input type="checkbox"/> [एकल] <input type="checkbox"/> [विवाहित] <input type="checkbox"/> [तलाकशुदा] <input type="checkbox"/> [अन्य] _____			
[क्या आप संघीय टैक्स रिटर्न फाइल करते हैं?] <input type="checkbox"/> [हाँ] <input type="checkbox"/> [नहीं] [यदि नहीं, तो क्यों?]		[क्या आपके द्वारा किसी अन्य के टैक्स रिटर्न पर आश्रित के रूप में दावा किया जा सकता है?] <input type="checkbox"/> [हाँ] <input type="checkbox"/> [नहीं]	
[क्या आपके या आपके आश्रितों के पास सेवा के समय स्वास्थ्य बीमा कवरेज था? <input type="checkbox"/> [हाँ] <input type="checkbox"/> [नहीं] [(बीमा कार्ड की कॉपी प्रदान करें)]			
[क्या आप संयुक्त राज्य अमेरिका के एक दस्तावेजी निवासी हैं?] <input type="checkbox"/> [हाँ] <input type="checkbox"/> [नहीं] <input type="checkbox"/> [जवाब नहीं देना पसंद]			
[आपके हाल ही के टैक्स रिटर्न के आधार पर स्वयं सहित, घर के सदस्य]	[जन्म तिथि]	[रोगी से संबंध]	[टैक्स रिटर्न पर दावा किया (हाँ/नहीं)]

[वित्तीय सहायता के लिए गोपनीय आवेदन]

[Trinity Health के सुविधा केन्द्रों और चिकित्सकों द्वारा प्रदान की जाने वाली अस्पताल और व्यावसायिक सेवाओं के लिए]

[घर के सभी सदस्यों के लिए आय सत्यापन]					
[मासिक आय का स्रोत]	[इसे कौन प्राप्त करता है?]	[सकल मासिक आय (टैक्स से पहले)]	[मासिक आय का स्रोत]	[इसे कौन प्राप्त करता है?]	[सकल मासिक आय (टैक्स से पहले)]
[मजदूरी]			[कामगार का मुआवजा]		
[सामाजिक सुरक्षा/विकलांगता]			[बेरोजगारी]		
[पेंशन]			[बाल सपोर्ट/निर्वाह खर्च]		
[स्व-नियोजन]			[भूमि के किराए से आय]		
[सार्वजनिक सहायता]			[अन्य]		

[वित्तीय सपोर्ट का पत्र - केवल सपोर्ट प्रदान करने वाले व्यक्ति द्वारा पूरा किया जाना चाहिए]

- [मैं रोगी के निर्वाह खर्च के लिए 50% से अधिक सपोर्ट प्रदान करता हूँ लेकिन मैं चिकित्सा बिलों में मदद करने में असमर्थ हूँ।]
- [इस पत्र पर हस्ताक्षर करके, मैं सत्यापित करता हूँ कि उपरोक्त कथन सही है और मुझे किसी भी तरह से रोगी के बिलों के लिए उत्तरदायी नहीं ठहराया जाएगा। यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया मुझसे _____ (फोन नंबर) पर संपर्क करें]

[सपोर्ट प्रदान करने वाले व्यक्ति का नाम]

[रोगी से संबंध]

[सपोर्ट प्रदान करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर]

[दिनांक]

[आय और पहचान का सत्यापन]

[मैं प्रमाणित करता हूँ कि इस आवेदन में सूचीबद्ध जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सत्य और पूर्ण है। मैं समझता हूँ कि प्रदान की गई जानकारी सत्यापन के अधीन है। यदि उपरोक्त जानकारी झूठे बहाने के तहत प्रदान की जाती है तो मैं Trinity Health के एफिलिएट्स पर प्रदान की गई किसी भी सेवा के पुनर्भुगतान के लिए जिम्मेदार रहूँगा।]

[रोगी के हस्ताक्षर]: _____ [दिनांक]: _____

[वित्तीय सहायता के लिए गोपनीय आवेदन]

[Trinity Health के सुविधा केन्द्रों और चिकित्सकों द्वारा प्रदान की जाने वाली अस्पताल और व्यावसायिक सेवाओं के लिए]
[अथवा कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर (यदि लागू हो)]: _____ [दिनांक]: _____

[रोगी से संबंध]: _____ [दिनांक]: _____

[कृपया अपना आवेदन ऊपर दिए गए पते पर डाक से भेजें, 312-871-3350 पर फैक्स करें और या MyChart (रोगी पोर्टल) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> के माध्यम से दस्तावेज़ अपलोड करें यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया हमारे ग्राहक सेवा केंद्र से 800-494-5797 सोमवार से शुक्रवार सुबह 9 बजे से शाम 5 बजे ET पर संपर्क करें।।]