

वित्तीय सहायता आवेदन

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Avita फिजियन्स

आवेदक का नाम _____ *सेवा की तारीख(खें) _____
 अंतिम पहला मध्य

Street Address _____

City _____ State _____ Zip _____ Phone _____ खाता संख्या(एँ) _____

- क्या मरीज अमेरिकी नागरिक है/हैं? हाँ नहीं
- क्या मरीज अपनी सेवा के समय ओहायो के निवासी था/थी? हाँ नहीं
- क्या मरीज अपनी सेवा के समय एक्टिव Medicaid रिसीपियेंट था/थी?
 यदि हाँ, तो Medicaid रिसीपियेंट ID नंबर: _____ हाँ नहीं
- क्या मरीज के पास सेवा के समय (Medicaid के अलावा) कोई और स्वास्थ्य बीमा था?
 यदि हाँ, तो बीमा का नाम प्रदान करें: _____ हाँ नहीं

आवेदक और उसके घर में रहने वाले सभी व्यक्तियों की सभी आवश्यक जानकारी प्रदान करें।

पूरा नाम	जन्म तिथि	आवेदक के साथ सम्बन्ध	कुल सकल आय		
			आय का स्रोत (उदाहरण के लिए रोजगार, SSI, चाइल्ड सपोर्ट, गुजारा भत्ता)	सेवा की सबसे पुरानी तिथि से 3 महीने पूर्व	सेवा की सबसे पुरानी तिथि से 12 महीने पूर्व

यदि आप \$0 या न्यूनतम आय दर्ज करते हैं, तो कृपया नीचे संक्षेप में बताएं कि आप अपनी बुनियादी जीवन आवश्यकताओं को कैसे पूरा कर रहे हैं, जिसमें यह भी शामिल है कि आवास, भोजन, परिवहन, उपयोगिताएँ, कपड़े कौन प्रदान करता है और आप कब से इस व्यक्ति/व्यक्तियों या एजेंसी/एजेंसियों द्वारा समर्थित हैं।

से प्राप्त आय (परिवार के सभी सदस्यों की)

लागू होने वाले सभी विकल्पों को चुनें**

- वर्तमान वेतन परियों की प्रतियाँ और पिछले वर्ष के W2
- सोशल सिक्योरिटी /पेंशन / विकलांगता लाभ पत्र
- बेरोज़गारी मुआवज़ा
- स्व-रोज़गार आय
- चाइल्ड सपोर्ट या गुजारा भत्ता
- अन्य: _____

लिक्विड एसेट्स (परिवार के सभी सदस्य)

लागू होने वाले सभी विकल्पों को चुनें**

- नकद
- अन्य चेकिंग/बचत खाता विवरण:
- अन्य: _____

**** यदि टिक किया गया तो, आपको सहायक दस्तावेज़ अपलोड/प्रदान करने होंगे**

इस फ़ॉर्म को लिक्विड एसेट्स के साथ यहाँ वापस भेजें:

Avita Health System
 Attn: Patient Services
 269 Portland Way S
 Galion, OH 44833
 फ़ैक्स: 419-462-4582

सहायता के लिए कॉल करें: 419-468-0512

मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैंने जानबूझकर कोई गलत जानकारी दी है या किसी स्थिति से संबंधित कोई जानकारी छिपाई है, तो मेरे विरुद्ध धोखाधड़ी के लिए कानूनी कार्रवाई की जा सकती है। इस आवेदन पर हस्ताक्षर करके, मैं अपनी पात्रता निर्धारित करने के लिए आवश्यक किसी भी जानकारी को प्राप्त करने की अनुमति देता/देती हूँ, जिसमें पते की पुष्टि, राष्ट्रीय क्रेडिट ब्यूरो के माध्यम से क्रेडिट जांच, काउंटी टैक्स असेसर द्वारा संपत्ति की जांच, और सूचीबद्ध सभी लाभों की पुष्टि शामिल है।

दस्तखत _____ तिथि _____