

# ఆర్థిక సహాయానికి దరఖాస్తు

బ్యూసిరస్ హాస్పిటల్ • గలియన్ హాస్పిటల్ • అవిటా ఒంటారియో • అవిటా ఫిజీషియన్స్

దరఖాస్తుదారు పేరు \_\_\_\_\_  
 చివరి మొదటి MI  
 వీధి అడ్రసు \_\_\_\_\_  
 నగరం రాష్ట్రం జిప్ ఫోన్  
 \*తేదీ(లు) సర్వీస్ \_\_\_\_\_  
 ఖాతా నంబర్(లు) \_\_\_\_\_

1. రోగి(లు) U.S. పౌరులారా? ☐ అవును ☐ లేదు
2. రోగి(లు) అతని/ఆమె సర్వీసు సమయంలో ఒహియోలో నివసించేవారా? ☐ అవును ☐ లేదు
3. రోగి(లు) అతని/ఆమె సర్వీసు సమయంలో సక్రియ మెడికేయిడ్ గ్రహీతగా ఉండేవారా? ☐ అవును ☐ లేదు  
 అవును అయితే మెడికేయిడ్ గ్రహీత ID నంబర్(లు): \_\_\_\_\_
4. రోగి(లు)కి అతని/ఆమె సర్వీస్ సమయంలో (మెడికేయిడ్ కాకుండా) ఆరోగ్య బీమా ఉందా? ☐ అవును ☐ లేదు  
 అవును అయితే బీమా పేరు ఇవ్వండి: \_\_\_\_\_

దరఖాస్తుదారునికి మరియు అతని/ఆమె ఇంట్లో నివసించే ప్రతి ఒక్కరికీ సంబంధించి అవసరమైన సమాచారాన్నంతా అందించండి.

| పూర్తి పేరు | పుట్టిన తేదీ | దరఖాస్తుదారుని తో సంబంధం | మొత్తం స్థూల ఆదాయం                                     |                                             |                                              |
|-------------|--------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
|             |              |                          | ఆర్థిక వనరు<br>(ఉదా: ఉపాధి, SSI, చైల్డ్ సపోర్ట్, భరణం) | సర్వీస్ కు అత్యంత చివరి తేదీకి 3 నెలల ముందు | సర్వీస్ కు అత్యంత చివరి తేదీకి 12 నెలల ముందు |
|             |              |                          |                                                        |                                             |                                              |
|             |              |                          |                                                        |                                             |                                              |
|             |              |                          |                                                        |                                             |                                              |
|             |              |                          |                                                        |                                             |                                              |
|             |              |                          |                                                        |                                             |                                              |
|             |              |                          |                                                        |                                             |                                              |

మీరు \$0 లేదా కనీస ఆదాయాన్ని రిపోర్ట్ చేస్తే, ఆశ్రయం, ఆహారం, రవాణా, పురయోజనాలు, దుస్తులు ఎవరు అందిస్తారు మరియు ఈ వ్యక్తి(లు) మరియు/లేదా సంస్థ(లు) మీకు ఎంతకాలంగా మద్దతు ఇస్తున్నాయి అనే దానితో సహా మీ ప్రాథమిక జీవన అవసరాలు ఎలా తీరుతున్నాయో కింద క్లుప్తంగా వివరణ ఇవ్వండి.

## ఆదాయం (కుటుంబ సభ్యులందరి నుండి)

వర్తించేవాటిని అన్నింటినీ చెక్ చేయండి \*\*

- ☐ ప్రస్తుత పేన్ట్ బిల్లు & మునుపటి సంవత్సరం W2ల  
☐ సామాజిక భద్రత / పించను / వైకల్య ప్రయోజన  
☐ లెటర్ నిరుద్యోగ పరిహారం ప్రతులు  
☐ స్వయం ఉపాధి ఆదాయం  
☐ చైల్డ్ సపోర్ట్ లేదా భరణం  
☐ ఇతరములు: \_\_\_\_\_

## లిక్విడ్ ఆస్తులు (కుటుంబ సభ్యులందరి)

వర్తించేవాటిని అన్నింటినీ చెక్ చేయండి \*\*

- ☐ నగదు  
☐ చెకింగ్ / సేవింగ్ అకౌంట్(లు) స్టేట్ మెంట్  
☐ ఇతరములు: \_\_\_\_\_

**\*\* 5 చేస్తే, మీరు సపోర్టింగ్ డాక్యుమెంటేషన్ ను అవలోడ్ చేయాలి/అందించాలి.**

సపోర్టింగ్ డాక్యుమెంటేషన్ తో ఈ ఫారాన్ని వీరికి పంపండి:

అవిటా హెల్త్ సిస్టమ్  
 గమనిక: పేషెంట్ సర్వీసెస్  
 269 ఫోర్ట్ ల్యాండ్ వే ఎస్  
 గలియన్, OH 44833  
 ఫ్యాక్స్: 419-462-4582  
 సహాయం కోసం కాల్ చేయండి: 419-468-0512

నేను ఉద్దేశపూర్వకంగా ఏదైనా తప్పుడు సమాచారం అందించినా లేదా ఏదైనా పరిస్థితికి సంబంధించి ఏదైనా సమాచారాన్ని దాచి పెట్టినా, నేను మోసం చేసినందుకు ప్రాసెక్యూషన్ కు గురిచేయబడతానని నేను అర్థం చేసుకున్నాను. ఈ దరఖాస్తులో సంతకం చేయడం ద్వారా, నా అర్హతను నిర్ధారించడానికి అవసరమైన ఏదైనా సమాచారాన్ని విడుదల చేయడానికి, అడ్రసు ధృవీకరణ, నేషనల్ క్రెడిట్ బ్యూరో ద్వారా క్రెడిట్ తనిఖీ, కౌంటీ టాక్స్ అసెస్సర్ ద్వారా ఆస్తి తనిఖీ మరియు జాబితా చేయబడిన అన్ని ప్రయోజనాల ధృవీకరణను మినహాయించకుండా నేను అధికారం ఇస్తున్నాను.

సంతకం \_\_\_\_\_ తేదీ \_\_\_\_\_