

## चैरिटी/दान केयर/वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध

प्रिय रोगी और परिवार:

अपने उद्देश्य और बुनियादी मूल्यों के साथ, हम भुगतान करने की क्षमता की परवाह किए बिना लोगों को स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध कराने के लिए प्रतिबद्ध हैं।

### हमारी दान/देखभाल/वित्तीय सहायता:

मेडिकल बिलों का भुगतान करना मुश्किल हो सकता है। जो रोगी अपने स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का पूरा या आंशिक भुगतान करने में असमर्थ होते हैं, वे इस फॉर्म को भरकर देने से वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं। निश्चित आय आवश्यकताओं को पूरा करने वाले रोगियों और परिवार को उनके परिवार के आकार और आय के आधार पर मुफ्त देखभाल या कम मूल्य की देखभाल प्राप्त हो सकती है।

हमारी वित्तीय सहायता नीति और स्लाइडिंग स्केल/क्रमिक रूप से न्यून मान के दिशा-निर्देशों को देखने के लिए, कृपया राज्य वेबसाइट देखें:

<https://www.providence.org/obp>

**वित्तीय सहायता के अंतर्गत क्या आता है?** वित्तीय सहायता में आपकी पात्रता के आधार पर हमारे एक मंत्रालय के द्वारा आवश्यक चिकित्सा सेवाएं शामिल हैं। वित्तीय सहायता में कुछ चिकित्सा सेवाएं शामिल नहीं हैं, जैसे कि अन्य संगठनों द्वारा उपलब्ध कराई गई सेवाएं।

**इस आवेदन को पूरा करने के लिए यदि आपके पास कोई प्रश्न हैं या आप मदद चाहते हैं:** हमारी वित्तीय सहायता की नीतियां, कार्यक्रम के बारे में जानकारी, और आवेदन सामग्री हमारी वेबसाइट या फोन के माध्यम से उपलब्ध है। आप विकलांगता और भाषा सहायता सहित किसी भी कारण के लिए सहायता प्राप्त कर सकते हैं। आप हमसे ऐसे संपर्क कर सकते हैं:

<https://www.providence.org/obp>

ग्राहक सेवा प्रतिनिधियों के लिए: 503-215-3030 या 866-747-2455 सोमवार - शुक्रवार, सुबह 8:00 बजे से सायं 8:00 बजे तक

### अपने आवेदन को प्रसंस्कृत करने के लिए, आपको यह प्रदान करना चाहिये:

- आपके परिवार के बारे में जानकारी  
अपने घर में परिवार के सदस्यों की संख्या भरें (परिवार में जन्म से साथ रहने वाले लोग, विवाह, या गोद लिए लोग भी शामिल हैं)
- अपने परिवार की कुल मासिक आय के बारे में जानकारी (करों और कटौती से पहले की आय)
- परिसंपत्तियों की घोषणा करें (वित्तीय सहायता आवेदन पत्र की सूची के अनुसार)
- जरूरत होने पर अतिरिक्त जानकारी संलग्न करें
- वित्तीय सहायता प्रपत्र पर हस्ताक्षर कर दिनांक लिखें

### \*\*आय स्रोत सत्यापन की आवश्यकता\*\*

अपने आवेदन के साथ निम्नलिखित दस्तावेजों की प्रतियां प्रस्तुत करें:

- रोजगार वेतन का 3 महीने के चेक
- परिवार के सभी सदस्यों का हाल ही दायर किया गया कर रिटर्न
- वित्तीय सहायता आवेदन पत्र पर सूचीबद्ध के रूप में किसी भी अन्य आय स्रोत का सबूत प्रदान करें

**नोट:** वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के लिए आपको सामाजिक सुरक्षा नंबर प्रदान करने की जरूरत नहीं है। यदि आप हमें अपना सामाजिक सुरक्षा नंबर प्रदान करते हैं, तो यह आपके आवेदन के प्रसंस्करण को जल्दी करने में मदद करेगा। हमें उपलब्ध कराई गई जानकारी को सत्यापित करने के लिए सामाजिक सुरक्षा नंबर इस्तेमाल किए जाते हैं। यदि आपके पास सामाजिक सुरक्षा नंबर नहीं है, तो कृपया "लागू नहीं" या "मान्य नहीं" लिखें।

**सभी दस्तावेजों के साथ पूरे आवेदन को यहाँ मेल करें** (एक प्रति अपने पास रखना सुनिश्चित करें):

<https://www.providence.org/obp>

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395

व्यक्तिगत रूप से अपने आवेदन को प्रस्तुत करने के लिए: अपने नजदीकी अस्पताल केशियर कार्यालय में जाएं।

आपकी वित्तीय सहायता आवेदन तथा आय के दस्तावेज प्राप्त करने के 14 कैलेंडर दिनों के भीतर हम आपको पात्रता और अपील के अधिकार के अंतिम निर्णय के बारे में सूचित करेंगे।

वित्तीय सहायता आवेदन प्रस्तुत करके, आपने हमें वित्तीय दायित्वों और जानकारी की पुष्टि करने के लिए आवश्यक पूछताछ करने के लिए अपनी सहमति दी है।

**हम आपकी मदद करना चाहते हैं। कृपया अपना आवेदन तुरंत प्रस्तुत करें!**  
**आपकी जानकारी प्राप्त होने तक आप बिल प्राप्त कर सकते हैं।**

## दान देखभाल/वित्तीय सहायता आवेदन पत्र - गोपनीय

कृपया सभी जानकारी पूरी तरह से भरें। लागू ना होने पर "मान्य नहीं" लिखें। आवश्यक होने पर अतिरिक्त पृष्ठों को संलग्न करें।

### स्क्रीनिंग जानकारी

- क्या आपको दुभाषिए की ज़रूरत है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो अपने पसंद की भाषा बताएं:
- क्या रोगी ने मेडिकेड के लिए आवेदन किया है?  हाँ  नहीं वित्तीय सहायता का विचार करने से पहले आवेदन करने की आवश्यकता हो सकती है
- क्या रोगी राज्य लोक सेवाएं जैसे कि, TANF (टीएनएफ), बुनियादी खाद्य, या WIC (डब्लूआईसी) प्राप्त करता है?  हाँ  नहीं
- क्या रोगी वर्तमान में बेघर है?  हाँ  नहीं
- क्या रोगी की चिकित्सा देखभाल कार दुर्घटना या काम की चोट से संबंधित है?  हाँ  नहीं

### कृपया ध्यान दें

- आवेदन करने पर भी, हम आपको यह गारंटी नहीं दे सकते कि आप वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करेंगे।
- एक बार आवेदन भेजने के बाद, हम पूरी जानकारी की जांच कर सकते हैं और आपकी अतिरिक्त जानकारी या आय के सबूत की मांग कर सकते हैं।
- आपका पूरा आवेदन और प्रलेखन प्राप्त करने के 14 कैलेंडर दिनों के भीतर हम आपको सूचित करेंगे कि आपको सहायता के लिए अर्हता प्राप्त हुई है या नहीं।

### रोगी और आवेदक की जानकारी

रोगी का पहला नाम	रोगी का मध्य नाम	रोगी का आखिरी नाम
<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य (बताएं _____)	जन्म तिथि	सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक*) <small>* वैकल्पिक, लेकिन राज्य के कानून के अनुसार अधिक उदार सहायता के लिए आवश्यक</small>
बिल भुगतान के लिए जिम्मेदार व्यक्ति	रोगी के साथ संबंध	जन्म तिथि
		सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक*) <small>* वैकल्पिक, लेकिन राज्य के कानून के अनुसार अधिक उदार सहायता के लिए आवश्यक</small>
डाक का पता _____ _____ शहर राज्य ज़िप कोड		मुख्य संपर्क नंबर ( ) _____ ( ) _____ ईमेल पता: _____
बिल भुगतान के लिए जिम्मेदार व्यक्ति के रोजगार की स्थिति <input type="checkbox"/> रोजगार/कार्यरत (काम पर जाना शुरू करने की तिथि: _____) <input type="checkbox"/> बेरोजगार (कब से बेरोजगार: _____) <input type="checkbox"/> स्वरोजगार <input type="checkbox"/> छात्र <input type="checkbox"/> विकलांग <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> अन्य (_____)		

### परिवार की जानकारी

अपने साथ, अपने परिवार के सदस्यों की सूची बनाएं। "परिवार" में जन्म से साथ रहने वाले लोग, विवाह, या गोद लिए लोग शामिल होते हैं।  
परिवार का आकार \_\_\_\_\_ आवश्यकता होने पर अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें

नाम	जन्म तिथि	रोगी के साथ संबंध	यदि 18 वर्ष या उससे अधिक: नियोक्ता (ओं) का नाम या आय का स्रोत	यदि 18 वर्ष या उससे अधिक: कुल सकल मासिक आय (करों से पहले):	क्या वित्तीय सहायता के लिए भी आवेदन कर रहे हैं?
					हाँ/नहीं
					हाँ/नहीं
					हाँ/नहीं
					हाँ/नहीं

परिवार के सभी वयस्क सदस्यों की आय का खुलासा किया जाना चाहिए। आय के स्रोतों में शामिल हैं, उदाहरण:  
- मजदूरी - बेरोजगार - स्वरोजगार - मजदूर की क्षतिपूर्ति - विकलांगता - SSI (एसएसआई) - बच्चे/पति-पत्नी का समर्थन  
- कार्य अध्ययन कार्यक्रम (छात्र) - पेंशन - सेवानिवृत्ति खाता वितरण - अन्य (कृपया बताएं \_\_\_\_\_)

## दान देखभाल/वित्तीय सहायता आवेदन पत्र - गोपनीय

### आय की जानकारी

*याद रखें: आपको अपने आवेदन के साथ आय का सबूत शामिल करना चाहिए।*

आपको अपने परिवार की आय के बारे में जानकारी प्रदान करनी चाहिए। वित्तीय सहायता का निर्धारण करने के लिए आय का सत्यापन आवश्यक है। 18 वर्ष या उससे अधिक आय वाले परिवार के सभी सदस्य को अपनी आय का खुलासा करना चाहिए। यदि आप प्रलेखन प्रदान नहीं कर सकते हैं, तो आप लिखित बयान पर हस्ताक्षर करके अपनी आय का वर्णन प्रस्तुत कर सकते हैं। आय के हर पहचान स्रोत के लिए सबूत प्रदान करें।

**आय के सबूत के उदाहरण हैं:**

- एक "डब्लू-2" विथहोल्डिंग स्टेटमेंट; या
- वर्तमान भुगतान के चेक (3 महीने); या
- पिछले साल के आयकर रिटर्न के साथ कार्यक्रम, यदि लागू हो; या
- नियोक्ताओं या अन्य से लिखित, हस्ताक्षरित स्टेटमेंट्स; या
- मेडिकेड पात्रता और/या राज्य वित्त पोषित चिकित्सा सहायता के लिए अनुमोदन/इनकार; या
- बेरोजगारी मुआवजे पात्रता का अनुमोदन/इनकार।

यदि आपके पास कोई आय या आय का कोई सबूत नहीं है, तो विवरण के साथ एक अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

### व्यय की जानकारी

*इस जानकारी के उपयोग से हमें आपकी वित्तीय स्थिति की पूरी तस्वीर प्राप्त होती है।*

मासिक घरेलू खर्च:

किराया/गिरवी	\$ _____	चिकित्सा व्यय	\$ _____
बीमा प्रीमियम	\$ _____	यूटिलिटीज	\$ _____
अन्य ऋण/व्यय	\$ _____	(बच्चे का समर्थन, ऋण, दवाएं, अन्य)	

### संपत्ति की जानकारी

*इस जानकारी का तब उपयोग किया जा सकता है यदि आपकी आय संघीय गरीबी के दिशा निर्देशों के 200% से ऊपर है।*

वर्तमान खाता शेष राशि

\$ \_\_\_\_\_

वर्तमान बचत खाते की शेष राशि

\$ \_\_\_\_\_

क्या आपके परिवार के पास यह अन्य संपत्ति है?

**कृपया जितने लागू हों उन पर सही का निशान लगाएँ**

स्टॉक्स  बॉन्ड्स  401K  स्वास्थ्य बचत खाता(खाते)  ट्रस्ट

संपत्ति (मुख्य निवास को छोड़कर)  एक व्यवसाय के मालिक

### अतिरिक्त जानकारी

यदि आपकी वर्तमान वित्तीय स्थिति के बारे में अन्य जानकारी है जिसे आप हमें बताना चाहते हैं, जैसे कि वित्तीय कठिनाई, मौसमी या अस्थायी आय, या व्यक्तिगत हानि के बारे में हमें बताने के लिए अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

### रोगी अनुबंध

मैं जानता/जानती हूँ कि Providence Health & Services मेरी वित्तीय सहायता या भुगतान की योजना के लिए पात्रता का निर्णय लेने हेतु मेरी क्रेडिट जानकारी की समीक्षा एवं अन्य स्रोतों से जानकारी प्राप्त कर सकते हैं।

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मेरी जानकारी के अनुसार उपरोक्त जानकारी यथार्थ और सही है। मैं जानता/जानती हूँ कि यदि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी को गलत पाया गया तो, मुझे वित्तीय सहायता देने से इनकार कर दिया जाएगा, और मुझे उपलब्ध कराई गई सेवाओं के लिए जिम्मेदार ठहराया जाएगा और भुगतान करने की उम्मीद की जाएगी।

आवेदन करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

दिनांक