

वित्तीय सहायता आवेदन
चैरिटी केयर और छूट भुगतान सहायता

सूचना और सहायता

इस आवेदन का उपयोग चैरिटी केयर या छूट भुगतान सहायता के लिए करें। यदि आपको पता नहीं है कि किस कार्यक्रम का अनुरोध करना है, तो मुफ्त सहायता के लिए बिज़नेस ऑफिस से संपर्क करें। आप अस्पताल सेवाओं से पहले, दौरान या बाद में किसी भी समय आवेदन कर सकते हैं। योग्यता परिवार की आय और परिवार के आकार पर आधारित है। मौद्रिक संपत्तियों पर विचार नहीं किया जाता। बैंक खाता नंबर, शेष राशि, निवेश, सेवानिवृत्ति खाते, घर या वाहन का मूल्य, या अन्य संपत्ति जानकारी न दें।

मुफ्त भाषा सहायता और सुलभ प्रारूप, जिनमें ब्रेल, बड़े अक्षर, ऑडियो और सुलभ इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप शामिल हैं, (213) 314-1492 पर कॉल करके या बिज़नेस ऑफिस में उपलब्ध हैं।

अनुरोधित कार्यक्रम

एक चुनें: चैरिटी केयर छूट भुगतान सहायता दोनों / निश्चित नहीं

महत्वपूर्ण: यदि आप केवल छूट भुगतान सहायता के लिए आवेदन करते हैं, तो आपको चैरिटी केयर कार्यक्रम के अंतर्गत उपलब्ध सहायता से कम सहायता मिल सकती है। यदि आप निश्चित नहीं हैं, तो "दोनों / निश्चित नहीं" चुनें या मुफ्त सहायता के लिए बिज़नेस ऑफिस से संपर्क करें।

अस्पताल स्थान

एक चुनें: L.A. Downtown Medical Center West Covina Medical Center

रोगी जानकारी

आइटम	जानकारी
सेवा की तारीख	
रोगी का नाम	
जन्म तिथि	
डाक पता	
शहर / राज्य / ZIP	
टेलीफोन नंबर	
लिंग	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य / उत्तर नहीं देना चाहता/चाहती
जातीयता - वैकल्पिक और योग्यता निर्धारित करने के लिए उपयोग नहीं की जाती	<input type="checkbox"/> श्वेत <input type="checkbox"/> अश्वेत <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक/लातीनी <input type="checkbox"/> मूल अमेरिकी/अलास्का मूल निवासी <input type="checkbox"/> एशियाई/प्रशांत द्वीपवासी <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> उत्तर नहीं देना चाहता/चाहती

कार्यक्रम, बीमा और परिवार का आकार

संभावित तृतीय-पक्ष भुगतान स्रोत: निजी बीमा Medi-Cal Medicare स्वयं भुगतान अन्य कोई नहीं
मुख्य आय स्रोत: रोजगार स्वरोजगार सोशल सिक्योरिटी विकलांगता बेरोजगारी सेवानिवृत्ति/पेंशन सार्वजनिक सहायता सहायता अन्य कोई नहीं

छूट भुगतान सहायता के लिए अस्पताल द्वारा इस आवेदन की समीक्षा करने से पहले आपको अन्य स्वास्थ्य कवरेज के लिए आवेदन करने की आवश्यकता नहीं है।

परिवार के आकार में शामिल रोगी और परिवार के सदस्यों की सूची दें।

नाम	रोगी से संबंध	उम्र	लिंग

परिवारिक आय

परिवारिक आय को मासिक या वार्षिक आय के रूप में लिखें। यदि उपलब्ध हो, तो आय दस्तावेज़ संलग्न कर सकते हैं।

आय स्रोत	मासिक राशि	वार्षिक राशि
वेतन - रोगी	\$	\$
वेतन - जीवनसाथी / घरेलू साथी	\$	\$
वेतन - अन्य परिवार सदस्य	\$	\$
स्वरोजगार / कृषि आय	\$	\$
सार्वजनिक सहायता / सोशल सिक्योरिटी / विकलांगता	\$	\$
बेरोजगारी / वर्कर्स कम्पेंसेशन / हड़ताल लाभ	\$	\$
जीवनसाथी सहायता / बाल सहायता / सैन्य भत्ता	\$	\$
पेंशन / सेवानिवृत्ति	\$	\$
लाभांश, ब्याज, किराया आय या अन्य	\$	\$

आय दस्तावेज़

आप हाल के पे-स्टब या हाल के आयकर रिटर्न संलग्न कर सकते हैं। यदि वे उपलब्ध नहीं हैं, तो आप परिवारिक आय दिखाने वाले अन्य दस्तावेज़ दे सकते हैं। हाल के पे-स्टब आमतौर पर पहले अस्पताल बिल से 6 महीने पहले या बाद के, या प्री-सर्विस आवेदन से 6 महीने के भीतर के होते हैं। हाल

के टैक्स रिटर्न आमतौर पर पहले अस्पताल बिल वाले वर्ष या उससे पहले के 12 महीनों के होते हैं। संपत्ति जानकारी आवश्यक नहीं है और उपयोग नहीं की जाएगी।

सेवा और खाता जानकारी

सेवा का प्रकार	सेवा इकाई	राशि / विवरण	तारीख
अस्पताल इनपैशेंट	इनपैशेंट दिन	बिल की गई राशि: \$ _____	
अस्पताल आउटपैशेंट	आउटपैशेंट दिन	प्राप्त भुगतान: \$ _____	
अन्य	अन्य समायोजन / राइट-ऑफ: \$ _____	रोगी की जिम्मेदारी: \$ _____	

खर्च - वैकल्पिक

मूल योग्यता के लिए खर्च की जानकारी आवश्यक नहीं है। इसका उपयोग उच्च चिकित्सा लागत योग्यता, भुगतान योजना विकल्पों या अन्य सहायता की समीक्षा के लिए किया जा सकता है।

खर्च	मासिक राशि	खर्च	मासिक राशि
बंधक / किराया	\$ _____	स्वास्थ्य बीमा	\$ _____
यूटिलिटी / टेलीफोन	\$ _____	मेडिकल बिल / अस्पताल / डॉक्टर	\$ _____
भोजन	\$ _____	दवाइयां / ऑटो लोन / अन्य	\$ _____

संपत्ति जानकारी आवश्यक नहीं

मौद्रिक संपत्तियां, बैंक संदर्भ, खाता नंबर, खाता शेष, निवेश शेष, सेवानिवृत्ति शेष, रियल एस्टेट मूल्य, वाहन मूल्य और अन्य संपत्ति जानकारी आवश्यक नहीं है और वित्तीय सहायता योग्यता निर्धारित करते समय विचार नहीं की जाएगी।

आय गणना - अस्पताल उपयोग या आवेदक सहायता

गणना आइटम	राशि या मूल्य
कुल मासिक सकल आय	\$ _____
घटाएं मासिक कटौतियां, यदि लागू हों	\$ _____
समायोजित मासिक शुद्ध आय	\$ _____
परिवार का आकार	
FPL प्रतिशत, यदि गणना की गई	

आवेदक का कथन

मैं झूठी गवाही के दंड के तहत घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए उत्तर मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही हैं। मैं सहमत हूँ कि मेरी आय, खर्चों, परिवार के आकार, परिवार के सदस्यों या पते में कोई बदलाव होने पर दस (10) दिनों के भीतर प्रदाता को सूचित करूंगा/करूंगी। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी कानून के अनुसार गोपनीय रखी जाएगी। मैं समझता/समझती हूँ कि संपत्ति जानकारी आवश्यक नहीं है और वित्तीय सहायता योग्यता के लिए उपयोग नहीं की जाएगी। यदि मुझे किसी दुर्घटना या चोट के कारण स्वास्थ्य सेवाएं मिली हैं, तो मैं कानून द्वारा अनुमत सीमा तक उस दुर्घटना या चोट से संबंधित किसी मुकदमे या समझौते की राशि से प्रदाता को प्रतिपूर्ति करने के लिए सहमत हूँ।
आवेदक / अधिकृत प्रतिनिधि हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

अस्पताल समीक्षा और लिखित निर्धारण

अस्पताल पूर्ण आवेदन की समीक्षा करेगा और योग्यता का लिखित निर्धारण प्रदान करेगा।

आइटम	जानकारी
निर्णय	<input type="checkbox"/> स्वीकृत <input type="checkbox"/> अस्वीकृत <input type="checkbox"/> अधिक जानकारी आवश्यक
टिप्पणियां	_____
समीक्षक हस्ताक्षर / तारीख	_____

केवल अस्पताल उपयोग के लिए

योग्यता परिवारिक आय और परिवार के आकार पर आधारित होनी चाहिए। मौद्रिक संपत्तियों या अन्य संपत्ति जानकारी का उपयोग न करें। यदि रोगी वित्तीय सहायता के लिए योग्य प्रतीत होता है या सहायता का अनुरोध करता है, तो खाते को कलेक्शन में भेजने से पहले अस्पताल नीति का पालन करें।

प्रश्न या शिकायत जानकारी

प्रश्नों या आवेदन भरने में सहायता के लिए, बिज़नेस ऑफिस से (213) 314-1492 पर संपर्क करें। यदि आपको लगता है कि वित्तीय सहायता गलत तरीके से अस्वीकार की गई है, तो आप कैलिफोर्निया स्टेट Hospital Bill Complaint Program में HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov पर शिकायत कर सकते हैं।