

वित्तीय सहायता

सैनफोर्ड हेल्थ हमारे मरीजों को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए समर्पित है। हमें एहसास है कि इस समय उन सेवाओं का भुगतान आपके लिए एक वित्तीय संकट हो सकता है। इसलिए, हम आपको हमारी स्वास्थ्य प्रणाली द्वारा वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने का अवसर प्रदान कर रहे हैं।

इस पत्र के साथ संलग्न, आपको एक वर्कशीट/आवेदन मिलेगा जो आपकी वित्तीय स्थिति का प्रदर्शन करता है। हमारे वित्तीय सहायता कार्यक्रम के अंतर्गत विचाराधीन बनने के लिए आपको इस दस्तावेज़ को पूर्ण रूप से भरना होगा। यदि आपकी वित्तीय स्थिति सैनफोर्ड हेल्थ द्वारा निर्धारित मानदंडों को पूरा करती है, तो आपके खाते की आंशिक शेष राशि या पूर्ण शेष राशि को माफ किया जा सकता है।

इस आवेदन को आगे बढ़ाने के लिए हमें निम्न दस्तावेजों की आवश्यकता होती है:

- पूरी तरह से भरा गया संलग्न आवेदन
- सभी आय का प्रमाण (उदाहरण के लिए घरेलू आय में योगदान देने वाले किसी भी वेतनभोगी की पिछली दो पेस्ट्रिप, SS, SSI, SSDI, सार्वजनिक सहायता, किराये से प्राप्त आय, सेवानिवृत्ति लाभ, पेंशन, VA लाभ, बेरोजगारी भत्ता, गुज़ारा भत्ता या अन्य आय इत्यादि)
- सभी लागू अनुसूचियों सहित, आपके हालिया 1040 टैक्स रिटर्न की प्रतिलिपि
- यदि आपका सबसे हालिया टैक्स रिटर्न उपलब्ध नहीं है, तो हमें निम्नलिखित में से एक की आवश्यकता होगी:
 - सामाजिक सुरक्षा पुरस्कार पत्र
 - IRS से गैर-फाइलिंग का प्रमाण (प्रति प्राप्त करने के लिए 800-829-1040 पर कॉल करें)
- स्वयं के स्वामित्व वाली सभी सम्पत्ति के सम्पत्ति कर मूल्यांकन के विवरण की प्रति

हमें एहसास है कि पिछले कर रिकॉर्ड में दी गई आपकी आय पर्याप्त रूप से आपकी वर्तमान परिस्थितियों को प्रतिबिंबित नहीं कर सकती है। यदि ऐसा है, तो कृपया एक संक्षिप्त नोट संलग्न करें जो आपकी वर्तमान वित्तीय स्थिति का वर्णन करता हो।

आपके आवेदन की समीक्षा करने के बाद हम आपको आवेदन की प्राप्ति के 30 दिनों के भीतर हमारे निर्णय के बारे में लिखित में सूचित करेंगे। अगर आप अपने खाते पर चर्चा करना चाहते हैं या आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया

हमसे (877)629-2999 पर संपर्क करें। हमारे कार्य के घंटे सोमवार से गुरुवार सुबह 7 बजे से शाम 6 बजे और शुक्रवार को सुबह 7 बजे से शाम 5 बजे तक होते हैं।

मिनेसोटा में स्थित सैनफोर्ड हेल्थ सुविधाओं में मिनेसोटा निवासियों को सेवा प्राप्त करने के लिए: अगर आपको लगता है कि आपकी समस्याओं पर उचित ध्यान नहीं दिया गया है, तो कृपया पहले (877)629-2999 पर सैनफोर्ड की रोगी वित्तीय सेवाओं से संपर्क करें और हमें आपकी समस्याओं को सुनने का मौका दें। यदि आपको वही समस्याएँ बार-बार होती हैं जिनके ऊपर ध्यान दिया जा चुका है, तो आप MN अटॉर्नी जनरल के कार्यालय से (651)296-3353 या (800)657-3787 पर संपर्क कर सकते हैं।

जानकारी के लिए कृपया 30 दिनों के भीतर इस अनुरोध का जवाब दें और (800)544-5967 पर **SECURE FAX** द्वारा हमारे कार्यालय से वापस संपर्क करें या सैनफोर्ड हेल्थ, पोस्ट बॉक्स 2010, Fargo, ND 58122-2482 पर **पत्र भेजें**।

हमें सेवा का मौका देने के लिए धन्यवाद।

भवदीय,

सैनफोर्ड हेल्थ

खाते: _____

 भेजने की तिथि: _____
 इनके द्वारा वापस भेजा गया: _____

सभी आवेदनों को इन्हें वापस भेजें:
 सैनफोर्ड हेल्थ
 पोस्ट बॉक्स 2010
 Fargo, ND 58122-2482
 (800) 263-2237
 सुरक्षित फ़ैक्स:
 (800) 644-6967

वित्तीय सहायता आवेदन

जवाबदायित्व काय जानकारी

अतिरिक्त जानकारी

आय का गान

प्रत्येक

नाम	जन्म तिथि	पति/पत्नी	जन्म तिथि
पता	शहर	राज्य	पिन कोड
वर्तमान पते पर निवास का उद्देश्य	किराया	प्रात	विवाहक स्थिति
वर्ष	माह	स्वयं	विवाहित अविवाहित तलाक़शुदा विधवा
मोबाइल फोन नंबर	कार्यालय का फोन नंबर	घर का फोन नंबर	मोबाइल फोन नंबर
			कार्यालय का फोन नंबर

कृपया आपके घर में रह रहे सभी अतिरिक्त सदस्यों की सूची बनाएं: (यदि आवश्यक हो तो एक अतिरिक्त शीट जोड़ें)

अंतिम नाम	प्रथम नाम	MI	जन्म तिथि	आधार संख्या #	आवेदक से संबंध
1.					
2.					
3.					
4.					

स्वयं		पति/पत्नी	
आधार संख्या #		आधार संख्या #	
नियोक्ता		नियोक्ता	
व्यवसाय का पता		व्यवसाय का पता	
व्यवसाय	प्रति घंटा वेतन	व्यवसाय	प्रति घंटा वेतन
नौकरी का कार्यकाल: वर्ष माह	प्रति सप्ताह कार्य के घंटे	नौकरी का कार्यकाल: वर्ष माह	प्रति सप्ताह कार्य के घंटे

क्या आपको कभी दिवालिया घोषित किया गया है? नहीं हाँ अध्याय 7 अध्याय 13

क्या कोर्ट ने आपके खिलाफ कोई निर्णय दिया है या कोई दावा किया गया है? हाँ नहीं

फाइल करने की तिथि: _____ डिस्चार्ज की तिथि: _____

यदि हाँ, तो कृपया तिथि और कारण बताएँ: _____

आवेदक का प्राथमिक बीमा कवरेज		अतिरिक्त बीमा कवरेज		पति/पत्नी का प्राथमिक बीमा कवरेज		अतिरिक्त बीमा कवरेज	
नाम:							
पता:							
सदस्य:							
साईटों और समूह #:							

आय: कर काटने के पहले सभी आय स्रोतों से प्राप्त कुल नकद राशि को दर्शाता है।

स्वयं की मासिक सकल आय		पति/पत्नी की मासिक सकल आय	
सकल आय		सकल आय	
आधार संख्या / SSI / SSDI		आधार संख्या / SSI / SSDI	
सार्वजनिक सहायता		सार्वजनिक सहायता	
किराये से प्राप्त आय		किराये से प्राप्त आय	
सेवा निवृत्ति/पेंशन		सेवा निवृत्ति/पेंशन	
सेवानिवृत्त सैनिकों के लाभ		सेवानिवृत्त सैनिकों के लाभ	
बेरोजगारी भत्ता		बेरोजगारी भत्ता	
यहाँ से: यहाँ		यहाँ से: यहाँ तक:	
गुजारा भत्ता		गुजारा भत्ता	
यहाँ से: यहाँ		यहाँ से: यहाँ तक:	
अन्य		अन्य	
कृपया पहचानें:		कृपया पहचानें:	
कुल		कुल	

कुल मिलाकर मासिक सकल आय:

स्थान	राशि/मूल्य	स्थान	राशि/मूल्य
जॉब		जमा प्रमाणपत्र (CD)	
बचत		स्टॉक/बॉण्ड	
अन्य		अन्य	

