

# फाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम

फाइनेंशियल असिस्टेंस एप्लिकेशन कवर पेज  
वेंटवर्थ डगलस हॉस्पिटल एंड वेंटवर्थ हेल्थ पार्टनर्स  
फ़ोन: 603-740-3234

## एप्लिकेशन इस पते पर मेल करें:

789 Central Avenue Dover NH 03820  
ATTN: Financial Assistance Office

## व्यक्तिगत सहायता:

Wentworth-Douglass Business Systems  
121 Broadway Avenue Dover NH 03820

## प्रिय आवेदक:

आप वेंटवर्थ डगलस हॉस्पिटल एंड वेंटवर्थ हेल्थ पार्टनर्स और शायद अन्य स्वास्थ्य देखभाल संगठनों से वित्तीय सहायता प्राप्त कर सकते हैं।

NH हेल्थ एक्सेस नेटवर्क न्यू हैम्पशायर में अस्पतालों, चिकित्सकों और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं का एक समूह है, जो आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल का खर्च वहन नहीं कर सकने की स्थिति में बच्चों और वयस्कों की मदद करने के लिए साथ मिलकर काम करता है।

NH हेल्थ एक्सेस नेटवर्क उन व्यक्तियों के लिए है जिनके पास बीमा है। NH हेल्थ एक्सेस नेटवर्क के माध्यम से अपनी जेब से कुछ खर्च किए बिना वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए आपका बीमा चालू होना चाहिए और नेटवर्क में प्रदाता द्वारा स्वीकार किया जाना चाहिए। (Medicaid स्पेंड डाउन प्रोग्राम बीमा नहीं है, इसलिए इस प्रोग्राम के लिए योग्य या नामांकित लोग NH हेल्थ एक्सेस नेटवर्क के लिए पात्र नहीं हैं।) यदि आपका कोई बीमा नहीं है, तो आपके प्रदाता द्वारा वित्तीय सहायता उपलब्ध की जा सकती है; अधिक जानकारी के लिए कृपया 603-740-3234 पर वेंटवर्थ-डगलस हॉस्पिटल बिज़नेस ऑफिस के वित्तीय सलाहकार से संपर्क करें।

## आवेदन कैसे करें

यह जानने के लिए कि क्या आप या आपका परिवार इसके लिए पात्र है, आपको आवेदन पत्र भरना होगा और आय का प्रमाण एवं निम्नलिखित दस्तावेज़ों की प्रतियाँ उपलब्ध करनी होंगी:

आपके आवेदन पत्र के साथ प्रस्तुत किए जाने वाले आवश्यक दस्तावेज़	शामिल
1. आपके नवीनतम संघीय इन्कम टैक्स रिटर्न (1040 फ़ॉर्म) और पिछले वर्ष के W -2 फ़ॉर्म सहित सभी सहायक अनुसूचियों की पूरी प्रति  a. यदि आपने टैक्स रिटर्न दाखिल नहीं करते हैं, तो आपसे 4506T फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा, जिससे हम यह सत्यापित करने के लिए IRS से संपर्क कर सकते हैं कि टैक्स रिटर्न दाखिल नहीं किया गया था। <input type="checkbox"/> 4506T फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर होने के बाद एक बार जाँच लें	
2. तीन (3) सबसे हालिया क्रमवार पेचेक की प्रतियाँ, चाहे पे साइकल स्टब्स जो भी हो या कंपनी के लेटरहेड पर नियोक्ता का स्टेटमेंट	
3. यदि स्व-रोज़गार प्राप्त हैं, तो 12 महीने (वर्तमान महीने से) का लाभ- हानि विवरण आवश्यक है	
4. यदि आपकी कोई आय नहीं है, तो आपसे नो इन्कम एंड सपोर्ट घोषणा फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा, जो हमें आपके आवेदन पर कार्रवाई करने के लिए चाहिए।	
5. तीन (3) नवीनतम बैंक विवरणों की प्रतियाँ (जैसे, सेविंग्स, चेकिंग, मनी मार्केट, IRA, 401K, आदि) सभी खाते और पेज आवश्यक हैं (खाली पेज सहित)  a. यदि आपका कोई खाता नहीं है, तो आपसे नो बैंक अकाउंट घोषणा फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा, जिसकी हमें आगे की कार्रवाई के लिए आवश्यकता होगी। कृपया फ़ॉर्म का अनुरोध करें।	
6. बेरोज़गारी या विकलांगता मुआवजा लाभों की प्रतियाँ (प्रारंभ तिथि सहित)	

## फाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम

आपके आवेदन पत्र के साथ प्रस्तुत किए जाने वाले आवश्यक दस्तावेज़	शामिल
7. पेंशन संबंधी लाभों की प्रतियाँ	
8. सोशल सिक्योरिटी इन्कम की प्रति (वार्षिक लाभ विवरण, चेक या प्रत्यक्ष जमा की प्रति)	
9. स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग के खर्च और कटौती योग्य पत्रों सहित सरकारी सहायता नोटिस की प्रतियाँ एवं फूड स्टैम्प आवंटन, निर्धारण पत्र की प्रतियाँ <i>a. यदि कोई नोटिस उपलब्ध नहीं है, तो आपसे स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग के प्राधिकरण फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा, जिसके ज़रिए हम स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग से नोटिस प्राप्त कर सकते हैं। सभी पेज आवश्यक हैं।</i>	
10. श्रमिक मुआवज़े की प्रति (चोट लगने की तिथि लिखें)	
11. बाल अनुरोध की प्रतियाँ, भुगतान आवृत्ति के साथ भुगतान का प्रमाण या भुगतान की गई और/या प्राप्त की गई भुगतान सहायता के प्रमाण का पत्र	
12. यदि आप शादीशुदा हैं लेकिन अपने जीवनसाथी से अलग रहते हैं, तो न्यायालय द्वारा जारी आपके कानूनी रूप से अलग होने के दस्तावेज़ की एक प्रति आवश्यक है <i>b. यदि आप अलग होने के लिए कोर्ट नहीं गए थे, तो आपसे अलग होने और/या लीज अनुबंधों के नोटरीकृत बयान देने के लिए कहा जाएगा।</i>	

**\*\*हम आपके लिए किसी भी लागू दस्तावेज़ की प्रतियाँ बना सकते हैं\*\***

आवेदकों को दस्तावेज़ लौटाए नहीं जाते; उन्हें स्कैन किया जाता है और सुरक्षित तरीके से नष्ट कर दिया जाता है।

**कृपया ध्यान दें कि सहायता के लिए वैकल्पिक प्रक्रियाओं पर विचार नहीं किया जा सकता**

कृपया इस चेकलिस्ट का उपयोग यह सुनिश्चित करने के लिए करें कि हमारे पास आपके आवेदन पर शीघ्र और सही ढंग से कार्रवाई करने के लिए आवश्यक संपूर्ण जानकारी मौजूद है। हम आपसे अतिरिक्त जानकारी मांग सकते हैं, इसलिए कृपया सत्यापित करें कि आपके द्वारा सूचीबद्ध संपर्क जानकारी सही है।

- कॉस्मेटिक सर्जरी
- इन-विट्रो फर्टिलाइजेशन (IVF)
- एडवांस्ड रीप्रोडक्टिव थेरेपी (ART)
- भुगतानकर्ता द्वारा चिकित्सीय आवश्यकता निर्धारित नहीं होने पर गैस्ट्रिक बाइपास सेवाएं
- शोध अध्ययन से जुड़े खाते
- रोगी के अनुरोध पर आधारित रोगी की सुविधा से संबंधित मदें, जिनमें प्रीमियम आवास और रात्रि आवास शामिल हैं और जिन्हें आमतौर पर स्वास्थ्य बीमा प्लान द्वारा कवर नहीं किया जाता है
- गैर-चिकित्सकीय रूप से आवश्यक अन्य सेवाएँ जिन्हें पूर्व-निर्धारित सेल्फ-पे फी शेड्यूल के अनुसार बिल किया जाता है

**आपके द्वारा उपलब्ध की गई जानकारी गोपनीय है।**

आपके द्वारा प्राप्त की जाने वाली किसी भी सेवा के लिए आप वित्तीय रूप से तब तक ज़िम्मेदार रहेंगे जब तक कि हमें यह पता नहीं चल जाता कि आप सहायता प्राप्त करने के योग्य हैं या नहीं। किसी चीज़ को कलेक्शंस में जाने से रोकने के लिए, बिलिंग 617-726-3884 के साथ एक भुगतान प्लान सेट किया जा सकता है।

यदि आपको अपना आवेदन करने के बाद 30 दिन तक हमसे कोई जवाब नहीं मिलता है, या आपको इसे समझने में सहायता चाहिए, तो कृपया (603) 740-3234 पर हमारे फाइनेंशियल सपर्ट ऑफिस के कॉल करें और हमारा प्रतिनिधि आपकी सहायता करेगा।

वैटर्नी-डगलस हॉस्पिटल परस्पटल की वित्तीय सहायता नीति देखने के लिए, [www.wdhospital.org; Patient Services/](http://www.wdhospital.org; Patient Services/) पर जाएँ

# फाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम

Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Partners

यहाँ मेल करे: 789 Central Avenue

व्यक्तिगत रूप से: 121 Broadway, Wentworth-Douglass Business Systems

Dover NH 03820

603-740-3234



## फाइनेंशियल असिस्टेंस एप्लिकेशन

### 1. रोगी की जानकारी:

उपनाम	प्रथम नाम	मध्य नाम	सोशल सिक्युरिटी नंबर	जन्म तिथि
सड़क का पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड	पते पर रहने की समयावधि
डाक पता	शहर	<input type="checkbox"/> राज्य	ज़िप कोड	
फोन नंबर	ईमेल पता	लागू होने वाले चुनें:	<input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> अलग <input type="checkbox"/> अमेरिकी नागरिक	<input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> NH निवासी
			<input type="checkbox"/> सिविल यूनियन <input type="checkbox"/> विधवा	

### 2. बिल का भुगतान करने के लिए ज़िम्मेदार व्यक्ति

उपनाम	प्रथम नाम	मध्य नाम	रोगी से संबंध	सोशल सिक्युरिटी नंबर
पता, यदि रोगी के पते से अलग है तो			फोन नंबर	ईमेल पता
बीमा कंपनी का नाम (वर्ष पूर्व टैक्स रिटर्न पर सूचीबद्ध)				प्रभावी तिथि

### 3. \*\*कृपया आवेदक सहित घर में रहने वाले सभी लोगों के नाम लिखें:

आवश्यक होने पर पेपर की अतिरिक्त शीट का उपयोग करें

नाम	रोगी से संबंध	जन्म तिथि	सोशल सिक्युरिटी #	चिकित्सक का नाम
1	स्वयं			
2				
3				
4				
5				

4. क्या यह आवेदन भविष्य या अतीत की सेवाओं के लिए है?  भविष्य  अतीत सेवाओं की तिथि(याँ) : \_\_\_\_\_

5. यदि आपके घर में किसी का बीमा है तो कृपया भरें:

स्वास्थ्य बीमा (प्लान/नाम) \_\_\_\_\_, स्वास्थ्य बचत खाता (निशान लगाएं) –  हाँ  नहीं कौन: \_\_\_\_\_ पॉलिसी #/ID# \_\_\_\_\_

कटौती योग्य राशि: \_\_\_\_\_

Medicare पार्ट A \_\_, Medicare पार्ट B \_\_ Medicare पार्ट B का भुगतान करने के लिए सहायता मिलती है \_\_\_\_\_ कौन: \_\_\_\_\_

6. क्या आपके घर में किसी ने Medicaid के लिए आवेदन किया है?  हाँ  नहीं किसने? \_\_\_\_\_

किसने: \_\_\_\_\_ यदि हाँ और अस्वीकृत है तो कृपया Medicaid अस्वीकरण नोटिस की प्रति

उपलब्ध करें।

7. क्या आपने किसी अन्य सुविधा से वित्तीय सहायता के लिए आवेदन किया है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कहाँ: \_\_\_\_\_

8. क्या आपके घर में कोई गर्भवती है?  हाँ  नहीं

9. क्या आपके परिवार में किसी ने सेना में सेवाएं दी हैं?  हाँ  नहीं कौन? \_\_\_\_\_

10. क्या आपने हाल ही में श्रमिक मुआवज़े या मोटर वाहन दुर्घटना का दावा किया है?  हाँ  नहीं तिथि: \_\_\_\_\_

## फाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम

11. क्या आपके घर में कोई सोशल सिक्युरिटी के लाभों के लिए पात्र है?  हाँ  नहीं कौन? \_\_\_\_\_
12. क्या कोई अन्य व्यक्ति अपने इन्कम टैक्स रिटर्न में आप पर दावा करता है?  हाँ  नहीं कौन? \_\_\_\_\_

### 13. घरेलू जानकारी

	व्यक्ति 1 (रोगी)	व्यक्ति 2 (जीवनसाथी/आश्रित)	व्यक्ति 3 (आश्रित)
घर के प्रत्येक सदस्य का नाम:	_____	_____	_____
नियोक्ता का नाम:	_____	_____	_____
<b>मासिक आय:</b>			
रोज़गार:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
स्व-रोज़गार:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
निवेश खाते की राशि:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
रियल एस्टेट के किराये:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(___/___/___) (तिथि) से बेरोज़गार हैं	\$ _____	\$ _____	\$ _____
सेवानिवृत्त: (सोशल. सिक्युरिटी, पेंशन, वार्षिक भत्ता)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
गुजारा भत्ता/बाल सहायता:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
सार्वजनिक सहायता, फूड स्टैम्प:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
अन्य आय:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>बचत और निवेश:</b>			
चेकिंग खाते की शेष राशि	\$ _____	\$ _____	\$ _____
बचत और CD खाते की शेष राशि	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRAs, 403B, 401K:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
उल्लेख करें: _____			
अन्य बचत और निवेश: उल्लेख करें: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>अन्य:</b>			
वाहन: वर्ष, मेक, मॉडल?	_____	_____	_____
मनोरंजन वाहन: वर्ष, मेक, मॉडल?	_____	_____	_____

### 14. घरेलू खर्च

मासिक किराया भुगतान: \$ \_\_\_\_\_ या बंधक ऋण का भुगतान: \$ \_\_\_\_\_ बंधक ऋण की शेष राशि \$ \_\_\_\_\_

प्रोपर्टी टैक्स की राशि, जो उपरोक्त भुगतान राशि में शामिल नहीं है: \$ \_\_\_\_\_ घर की कीमत: \$ \_\_\_\_\_

क्या आपकी मुख्य निवास के अलावा कोई अन्य संपत्ति है?  हाँ  नहीं यदि हाँ, तो कीमत? \$ \_\_\_\_\_ बंधक ऋण की शेष राशि: \$ \_\_\_\_\_

यदि अन्य संपत्ति व्यावसायिक है, तो पता लिखें: \_\_\_\_\_

मासिक ऋण भुगतान: \$ \_\_\_\_\_ भुगतान प्राप्तकर्ता: \_\_\_\_\_ इसके लिए: \_\_\_\_\_

सोशल सिक्युरिटी जाँच से काटा गया Medicare पार्ट D:  हाँ  नहीं राशि: \$ \_\_\_\_\_

उपयोगिताएं	\$ _____	बीमा (वाहन/जीवन/संपत्ति)	\$ _____	अन्य:	\$ _____
गुजारा भत्ता/बाल सहायता	\$ _____	स्वास्थ्य बीमा	\$ _____	अन्य:	\$ _____
चाइल्ड केयर	\$ _____	हेल्थकेयर बिल	\$ _____	अन्य:	\$ _____
जीविका (गैस, भोजन, कपड़े)	\$ _____	दवाईयाँ	\$ _____	अन्य:	\$ _____

### 15. अधिकारों का निर्धारण – ध्यान से पढ़ें

नीचे हस्ताक्षर करके मैं अपने टैक्स रिटर्न के अनुरोध को अधिकृत करता/करती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि इस आवेदन पर कार्रवाई करने के लिए टैक्स रिटर्न आवश्यक है और मेरी पात्रता को निर्धारित करने से पूर्व अधिक जानकारी का अनुरोध किया जा सकता है।

मेरे द्वारा किसी आय या संपत्ति का पूरी तरह खुलासा नहीं करने की स्थिति में, या किसी आय या संपत्तियों को गलत तरीके से प्रस्तुत करने पर, आपके साथ किया गया धर्मार्थ देखभाल छूट प्रदान करने वाला कोई भी अनुबंध अमान्य हो जाएगा और बिल बकाया होने की तिथि से पूर्वप्रभावी होगा। मैं कलेक्शन प्रोसेस के दौरान किसी/सभी कानूनी शुल्कों का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी हो सकता/सकती हूँ।

नीचे हस्ताक्षर करने वाले परिवार के सभी वयस्क सदस्य चिकित्सा, वित्तीय या रोज़गार संबंधी ऐसी कोई भी जानकारी देने के लिए अधिकृत हैं जो सीधे उनकी स्वास्थ्य देखभाल या वित्तीय सहायता की पात्रता से संबंधित है। यह जानकारी ऐसे किसी भी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता को जारी की जा सकती है जिनसे घर के सदस्यों ने स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं या वित्तीय सहायता का अनुरोध किया है। प्रदान की गई संपूर्ण जानकारी को HIPAA संधीय नियमों के प्रावधानों के तहत गोपनीय रखा जाएगा। सहायता के लिए वैकल्पिक प्रक्रियाओं पर विचार नहीं किया जा सकता।

मैं सहमत हूँ कि यदि मुझे इस आवेदन में कवर की गई चिकित्सा सेवाओं के लिए किसी भी प्रकार का भुगतान प्राप्त होता है, उदाहरण के लिए बीमा भुगतान, सरकारी कार्यक्रमों के भुगतान, किसी अभियोग से प्राप्त पारितोषिक या कोई अन्य भुगतान, तो मैं पूरे वित्तीय सहायता पारितोषिक का भुगतान करूंगा/करूंगी।

## फाइनेंशियल असिस्टेंस प्रोग्राम

यदि मुझे वित्तीय सहायता दी जाती है, तो इस बारे में मैं उस संगठन को बताने के लिए सहमत होता/होती हूँ, जहाँ मैंने पहली बार ऐसे किसी भी परिवर्तन के लिए आवेदन किया था जो पात्रता को प्रभावित कर सकता है, जिसमें परिवार का आकार, आय और स्वास्थ्य बीमा कवरेज में परिवर्तन शामिल हैं। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मेरी/हमारी चिकित्सा स्थिति में कोई परिवर्तन होता है ताकि मैं/हम सार्वजनिक सहायता प्रोग्राम के लिए पात्र हो सकें, तो मुझे उस प्रोग्राम के लिए आवेदन और आवेदन का प्रमाण देना होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर

तिथि

सह-आवेदक के हस्ताक्षर

तिथि

आश्रित के हस्ताक्षर

तिथि