

**वित्तीय सहायता आवेदन**  
(आवेदन पूरी तरह भरना आवश्यक है)

अनुरोध किए जाने की तारीख: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

मरीज़ की जानकारी

उप नाम: \_\_\_\_\_ प्रथम नाम \_\_\_\_\_ मध्याक्षर \_\_\_\_\_

जन्म तिथि: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा संख्या: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ अपार्टमेंट # \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ पिन कोड \_\_\_\_\_

घर का टेलीफोन नंबर ( ) \_\_\_\_\_ अन्य टेलीफोन नंबर ( ) \_\_\_\_\_

**परिवार में आश्रित व्यक्ति:**

	नाम	जन्म तिथि	मरीज़ से सबध
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**आमदनी की जानकारी:**

आमदनी	मरीज़	जीवन-साथी
नियोक्ता		
कुल आमदनी		
प्राप्त हुई चाइल्ड सपोर्ट (बच्चे के लिए आर्थिक सहायता)/निर्वाह निधि		
पेंशन		

बेरोज़गारी लाभ		
सोशल सिक्योरिटी लाभ		
किराए से आमदनी		
अन्य आमदनी		
फूड स्टैम्प		
<b>कुल आमदनी</b>		

कृपया दस्तावेज़ और सत्यापन फार्म की संलग्न सूची के अनुसार उपलब्ध दस्तावेज़ों की प्रतियाँ उपलब्ध करवाएँ। मरीज़ को यह जानकारी इस आवेदन के प्राप्त होने के 15 दिनों के अंदर-अंदर उपलब्ध करवानी होती है। आप अपने दस्तावेज़ों को डाक से भेज सकते हैं या स्वयं आकर दे सकते हैं। पता नीचे दिया गया है। इस आवेदन के संबंध में उपलब्ध करवाई गई, चर्चा की गई, या दर्ज की गई सभी जानकारी गोपनीय है। अगर आपके कोई सवाल हैं या और सहायता चाहते हैं तो मरीज़ व्यवसाय सेवा विभाग में वित्तीय सहायता परामर्शदाता से (203) 276-7515 या (203) 276-4831 पर सम्पर्क करें।

**डाक पता:**

Stamford Health  
One Hospital Plaza  
PO Box 9317  
Stamford, CT 06904

**भौतिक पता:**

Stamford Health  
One Hospital Plaza  
Stamford, CT 06902

अतिरिक्त जानकारी जिसके लिए आवेदक इच्छुक है कि उस पर विचार किया जाना चाहिए:

---

---

---

मैं एतद्वारा हॉस्पिटल बेड फंड्स तक पहुँच जो उपलब्ध हो सकती है और जिसके लिए मैं पात्र हो सकता/ती हूँ सहित, स्टैमफर्ड अस्पताल (Stamford Hospital) से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि मेरे द्वारा सबमिट की गई जानकारी स्टैमफर्ड अस्पताल (Stamford Hospital) द्वारा सत्यापन किए जाने के शर्ताधीन है। मैं पुष्टि करता/ती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी सत्य एवं सही है। मैं समझता/ती हूँ कि मुझे सार्वजनिक सहायता के लिए आवेदन करने को कहा जा सकता है, अगर मैं योग्य हूँ।

आवेदक के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_\_

कृपया ध्यान दीजिए इस आवेदन को पूरा करने और अनुरोध की गई जानकारी को आबंटित समय में पूरा करने में असफल रहने पर आपके आवेदन पर प्रक्रिया करने में विलंब होगा और इसका परिणाम यह फैसला हो सकता है कि आप वित्तीय सहायता प्राप्त करने के पात्र नहीं हैं।

**केवल अस्पताल के उपयोग के लिए**

MR#: \_\_\_\_\_ Family Size# \_\_\_\_\_



Financial Assistance Level

Approved:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ %

FAP Approved: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Prenatal Approved: From: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_ Denied Date: \_\_\_\_\_

Reason for Denial: \_\_\_\_\_

By FC: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**दस्तावेज़ और सत्यापन फार्म**

कृपया अपने वित्तीय सहायता परामर्शदाता या मरीज़ व्यवसाय सेवा विभाग को आवेदक/पति-पत्नी व्यक्ति और बच्चों (यदि आवेदक नाबालिग है तो माता-पिता की जानकारी प्रदान करें) के लिए लागू नीचे सूचीबद्ध दस्तावेज़ प्रदान करें।

**कृपया हमें निम्नलिखित दस्तावेज़ों की प्रतियाँ उपलब्ध करवाएँ****बीमा:**

स्वास्थ्य  हाँ या  नहीं दायित्व  हाँ या  नहीं  
कार्यकर्ता मुआवजा  हाँ या  नहीं MVA  हाँ या  नहीं  
क्या आपने Access Health CT के साथ बीमा कवरेज के लिए आवेदन किया है   
हाँ या  नहीं

**\*अनुरोध की गई सभी जानकारी मरीज़, जीवन साथी, और परिवार में बच्चों के लिए है।**

**संघीय और स्टेट लाभ:**

- डिपार्टमेंट ऑफ़ सोशल सर्विसेज का नामज़ूरी पत्र
- फूड स्टैम्प/नकद सहायता पत्र
- डिपार्टमेंट ऑफ़ सोशल सर्विसेज चिकित्सा (Medicaid) कवरेज
- सोशल सिक्योरिटी लाभों का पत्र

**पहचान:**

- फोटो आईडी / ड्राइवर लाइसेंस/ पासपोर्ट / स्थाई आवास कार्ड
- वर्तमान पते का साक्ष्य (उपयोगिता बिल, केबल, टेलीफोन)
- बच्चों का जन्म प्रमाण-पत्र

**आमदनी: मजदूरी, वेतन, टिप्स, और लाभांश**

- नवीनतम वेतन पर्चियाँ (4 यदि साप्ताहिक भुगतान / 2 यदि दो-सप्ताह में भुगतान और 2 यदि मासिक भुगतान किए जाते हैं)
- जब भुगतान नकद में या निजी बैंक द्वारा किया गया है, तो नियोक्ता से या स्वयं द्वारा लिखा गया पत्र दिए जाने की जरूरत है।
- बेरोज़गारी भुगतान इतिहास (यदि बेरोज़गारी भत्ता प्राप्त करते हैं)
- यदि बेरोज़गार हैं तो कृपया एक पत्र उपलब्ध करवाएँ जिसमें उल्लेख हो कि आप जीवन-यापन कैसे करते हैं।
- गुजारा भत्ता और/या बच्चे का भरण-पोषण (न्यायालय के दस्तावेज़ या प्राप्त होने वाली धनराशि सहित एक पत्र)
- क्या आपके पास प्राथमिक निवास के अलावा कोई अन्य संपत्ति है?
  - हाँ या  नहीं अगर हाँ, तो किराये से होने वाली आमदनी \$\_\_\_\_\_

**टैक्स:**



- नवीनतम फाइल किया गया टैक्स रिटर्न और W-2 या 1099

**बैंकिंग:**

- मरीज़ और जीवन-साथी के लिए नवीनतम बैंक अकाउंट स्टेटमेंट (चैकिंग, सेविंग)
  - हाँ या  नहीं अगर नहीं, तो कृपया छोटे हस्ताक्षर करें \_\_\_\_\_

**आवास की जानकारी:**

- किराये की रसीद / लीज या ऋण बंधक (मोर्टगेज़) विवरण
- मालिक या स्वयं द्वारा लिखा गया पत्र (प्रत्येक माह आपके द्वारा किराये के तौर पर किया जाने वाला भुगतान)
- आश्रय-स्थल से पत्र