

प्रिय रोगी,

BIDMC मेडिकल हार्डशिप आवेदन संलग्न है। कृपया इसकी पूरी तरह भरें और सभी आवश्यक दस्तावेज़ों के साथ जमा करवाएं। अधूरे आवेदनों को वित्तीय सहायता से वंचित किया जा सकता है।

आवेदन वापस करने की समय सीमा जिन सुविधाओं के लिए वित्तीय सहायता के लिए आवेदन किया जा रहा है, उनके पहले बिल की तारीख से 240 दिन की है।

बेथ इज़राइल डेकोनेस मेडिकल सेंटर और इसके सहयोगी उन रोगियों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए समर्पित हैं जिनकी स्वास्थ्य संबंधी सहायता की आवश्यकता है और जिनका बीमा नहीं है, किसी सरकारी सहायता के लिए अपात्र हैं या अपनी व्यक्तिगत वित्तीय स्थिति के कारण चिकित्सकीय सहायता के लिए भुगतान करने में असमर्थ हैं।

यदि आपका कोई प्रश्न है तो कृपया नीचे लिखे नंबर पर वित्तीय परामर्श के लिए संपर्क करें।

धन्यवाद।

आवेदन जमा करवाएं :

वित्तीय परामर्श इकाई  
बेथ इज़राइल डेकोनेस मेडिकल सेंटर  
ईस्ट कैम्पस / रबब  
कमरा 111  
330 ब्रुकलिन एवेन्यू  
बोस्टन, एम ए 02215  
617-667-5661

मेडिकल हार्डशिप के लिए वित्तीय सहायता आवेदन

**कृपया प्रिंट करे**

आज की तारीख: \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा #: \_\_\_\_\_

मेडिकल रिकॉर्ड नंबर: \_\_\_\_\_

रोगी का नाम: \_\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_

सड़क

अपार्टमेंट नंबर

शहर

राज्य

ज़िपकोड

क्या अस्पताल सेवा के समय रोगी का स्वास्थ्य बीमा या मेडिकेड\* था?

हाँ  नहीं

यदि "हाँ", बीमा कार्ड की एक प्रति संलग्न करें (आगे और पीछे) और निम्नलिखित को पूरा करें:

बीमा कंपनी का नाम: \_\_\_\_\_ पॉलिसी क्रमांक: \_\_\_\_\_

प्रभावी तिथि: \_\_\_\_\_

बीमा फोन नंबर: \_\_\_\_\_

*नोट: अगर स्वास्थ्य बचत खाता (HSA), स्वास्थ्य प्रति-पूर्ति खाता (HRA), फ्लेक्सिबल खर्च खाता (FSA) या इसी तरह के फंड परिवार चिकित्सा खर्च के लिए नामित किया गया हो तो वित्तीय सहायता तब तक लागू नहीं हो सकता है जब तक वैसे सारे स्रोत क्षय नहीं हो जाते।*

**वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के लिए निम्नलिखित को भरें:**

18 वर्ष से कम आयु के रोगी, माता-पिता, बच्चों और / या भाई-बहनों, प्राकृतिक या दत्तक सहित परिवार के सभी सदस्यों की सूची बनाएं।

परिवार का सदस्य	आयु	रोगी के साथ संबंध	आय का स्रोत या नियोक्ता का नाम	मासिक सकल आय
1.				
2.				
3.				
4.				

वित्तीय सहायता आवेदन के अलावा हमें इस आवेदन के साथ निम्नलिखित

दस्तावेज भी संलग्न करें:

- वर्तमान राज्य या संघीय आयकर रिटर्न
- वर्तमान फॉर्म W2 और / या फॉर्म 1099
- चार सबसे हाल के पेट्रोल स्टम्ब्स
- चार सबसे हाल की मांग और / या बचत खाता विवरण
- स्वास्थ्य बचत खाते
- स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति व्यवस्था
- लचीले व्यय खाते
- सभी मेडिकल बिल की प्रतियां

यदि ये उपलब्ध नहीं हैं , तो कृपया अन्य दस्तावेज पर चर्चा करने के लिए वित्तीय परामर्शदाता कार्ड (617) 667-5661 पर कॉल करें ।

सभी चिकित्सा ऋणों की सूची दें और पिछले बारह महीनों में किए गए बिलों की प्रतियां प्रदान करें:

सेवा की तिथि	सेवा का स्थान	बकाया राशि
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

क्यों इन चिकित्सा बिलों का भुगतान कठिन हो जाएगा एक संक्षिप्त विवरण प्रदान करें:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

नीचे मेरे हस्ताक्षर द्वारा, मैं यह प्रमाणित करता हूं कि आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरे ज्ञान, सूचना और विश्वास के अनुसार सही है ।

आवेदक के हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_

रोगी के साथ संबंध : \_\_\_\_\_

पूर्ण तिथि: \_\_\_\_\_

कृपया पात्रता निर्धारण के लिए पूर्ण आवेदन प्राप्त होने की तिथि से 30 दिनों का समय दें ।

यदि पात्र है , तो अनुमोदन की तारीख से छह महीने के लिए वित्तीय सहायता दी जाती है और यह सभी बेथइज़राइल लहे स्वास्थ्य सहयोगियों के लिए मान्य है : उनके संबंधित परिशिष्ट 5 में निर्धारित वित्तीय सहायता नीतियाँ:

- एना जैक्स अस्पताल
- एडिसन गिल्बर्ट अस्पताल
- बेयरिज अस्पताल
- बेथ इज़राइल डेकोनेस मेडिकल सेंटर -बोस्टन
- बेथ इज़राइल डेकोनेस मिल्टन
- बेथ इज़रायल डीकोनेस नीधम
- बेथ इज़राइल डेकोनेस प्लायमाउथ
- बेवर्ली अस्पताल
- लहे हॉस्पिटल एंड मेडिकल सेंटर, बर्लिंगटन
- लहे मेडिकल सेंटर, पीबॉडी
- माउंट ऑबर्न अस्पताल
- न्यू इंग्लैंड बैपटिस्ट अस्पताल
- विनचेस्टर अस्पताल

स्टाफ के लिए	
आवेदन प्राप्त कर्ता:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
बेयरिज	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID मिल्टन	<input type="checkbox"/>
BID नीधम	<input type="checkbox"/>
BID प्लायमाउथ	<input type="checkbox"/>
बेवर्ली	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC पीबॉडी	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
दिनांक:	