

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 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।

पूरे किए गए आवेदन के साथ ही, कृपया निम्नलिखित प्रदान करें:

- सभी लागू अनुसूचियों या आईआरएस से गैर-फाइलिंग के प्रमाण सहित आपके नवीनतम संघीय 1040 टैक्स रिटर्न की प्रति (www.irs.gov पर आईआरएस वेबसाइट पर जाएं)

और इनमें से एक:

- घरेलू आय में योगदान देने वाले किसी भी वेतनभोगी की पिछली दो पेस्लिप की प्रति
- सामाजिक सुरक्षा पुरस्कार पत्र या नवीनतम 1099 यदि आप सामाजिक सुरक्षा प्राप्त कर रहे हैं (यदि आप सामाजिक सुरक्षा प्राप्त कर रहे हैं और साथ ही अन्य आय भी है, तो कृपया अतिरिक्त आय का प्रमाण प्रदान करें)

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 के साथ ही किसी भी प्रासंगिक परिवर्तन 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। यदि आपके मूल आवेदन जमा करने के बाद से आपकी वित्तीय स्थिति बदल गई है, तो आप अपने निर्धारण की तारीख के 30 दिनों के भीतर अपील प्रस्तुत कर सकते हैं। अगर आप अपने खाते पर चर्चा करना चाहते हैं, आपके कोई प्रश्न हैं या आप अपील के बारे में पूछताछ करना चाहते हैं, तो कृपया सैनफोर्ड रोगी वित्तीय सेवाएं से (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

वित्तीय सहायता आवेदन

जनसांख्यिकीय

नाम: _____ जन्मतिथि: _____ सामाजिक सुरक्षा नंबर: _____

पति/पत्नी का नाम: _____ जन्मतिथि: _____ सामाजिक सुरक्षा नंबर: _____

वैवाहिक स्थिति: ___ अविवाहित ___ विवाहित ___ तलाकशुदा ___ विधवा _____

पता: _____ शहर: _____ राज्य: _____ जिप कोड: _____

सेल फोन (अपना): _____ सेल फोन (पति/पत्नी का): _____ घर का फोन नंबर: _____

कृपया आपके घर में रह रहे 18 वर्ष से कम उम्र के सभी आश्रित सदस्यों की जानकारी दें:

नाम: _____ जन्मतिथि: _____ नाम: _____ जन्मतिथि: _____

नाम: _____ जन्मतिथि: _____ नाम: _____ जन्मतिथि: _____

नाम: _____ जन्मतिथि: _____ नाम: _____ जन्मतिथि: _____

आय

स्वयं	मासिक सकल आय	पति/पत्नी
\$	सकल आय/बेरोजगारी/कार्य भत्ता	\$
\$	सामाजिक सुरक्षा/SSI/SSDI	\$
\$	स्व-रोजगार/किराए की आय/रॉयल्टी/एस्टेट/ट्रस्ट	\$
\$	सेवानिवृत्ति/पेंशन/वार्षिकी/वेटरन लाभ	\$
\$	बाल सहायता/पति/पत्नी को सहायता/सार्वजनिक सहायता	\$

\$	विभिन्न/अन्य आय: _____	\$
\$	कुल आय (कृपया सभी आय का प्रमाण प्रदान करें)	\$

अपने सैनफोर्ड बिल में से कितने का आप भुगतान कर रहे हैं/ या प्रति माह कितना भुगतान कर सकते हैं? _____

अधिकारों का पंजीकरण (कृपया ध्यान से पढ़ें)

नीचे हस्ताक्षर करते हुए मैं यह प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई जानकारी और सहायक दस्तावेज मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही हैं। मैं समझता/समझती हूँ कि जानकारी को गोपनीय रखा गया है और मुझसे अतिरिक्त जानकारी देने का अनुरोध किया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि वित्तीय सहायता के लिए मेरे आवेदन की समीक्षा तब तक नहीं की जा सकती जब तक मांगी गई सभी जानकारी प्रदान नहीं की जाती। सैनफोर्ड हेल्थ ने ऐसा कोई संकेत नहीं दिया है कि वित्तीय सहायता गारंटीड है।

नाम (स्पष्ट अक्षरों में): _____ हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

पति/पत्नी (स्पष्ट अक्षरों में): _____ हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____