



रोगी का नाम:

खाता संख्या:

सामुदायिक चिकित्सा केंद्रों को आपकी स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं की पूर्ति करने की अनुमति देने के लिए आपका धन्यवाद।

वित्त संबंधी तंगी की संभावना को निर्धारित करने के लिए एक वित्तीय सहायता आवेदन संलग्न है। यदि आप आवेदन करने के इच्छुक हैं, तो कृपया आवेदन को पूरा करें और इसे अगले (15) पंद्रह कार्य दिनों के भीतर हमें भेज दें। कृपया अपने आवेदन के साथ निम्नलिखित दस्तावेजों की एक प्रति संलग्न करें:

परिवार के सभी सदस्यों की आय का प्रमाण:

1. तीन (3) हाल के वेतन प्रपत्र, W-2 या हाल ही में दाखिल कर रिटर्न या
2. यदि स्वरोजगार हैं, तो सबसे हाल ही में दाखिल कर रिटर्न (अनुसूची C सहित) प्रदान करें या
3. यदि बेरोजगार हैं तो बेरोजगारी मुआवज़ा लाभ विवरण संलग्न करें या
4. सेवानिवृत्ति/पेंशन विवरण (यदि लागू हो) या
5. यदि सार्वजनिक सहायता प्राप्त कर रहे हैं, तो कृपया निम्नलिखित में से किसी भी सरकारी कार्यक्रम में पात्रता/वर्तमान नामांकन का प्रमाण प्रदान करें: Medicare बचत कार्यक्रम, Cal WORKS (कैल वर्क्स), Cal Fresh (कैल फ्रेश) (राशन कार्ड), SSI/SSP (पूरक सुरक्षा आय/राज्य अनुपूरक भुगतान), या WIC (महिलाएं, शिशु और बच्चे)

जिन रोगियों के पास चिकित्सा बीमा है, उन्हें यह सत्यापित करने के लिए दस्तावेज़ भी प्रदान करना **जरूरी होगा** कि पिछले 12 महीनों के दौरान परिवार की आय का 10% भुगतान किया गया है **या** चिकित्सा खर्चों का बकाया है। मौजूदा सभी शेष राशि, चिकित्सा बिल/रसीदें, फार्मसी और चिकित्सा बीमा प्रीमियम 10% के संदर्भ में लागू हो सकते हैं।

सामुदायिक चिकित्सा केंद्र हमारे समुदाय की सेवा करने के लिए प्रतिबद्ध हैं। हमें खुशी है कि हम आपकी ज़रूरत के समय में आपकी सहायता करने में सक्षम हैं।

यदि इस खाते के बारे में या आवश्यक दस्तावेज़ीकरण के बारे में आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया हमें (559) 459-3939 या (800) 773-2223 विकल्प #3 पर कॉल करें। एक अपूर्ण आवेदन पर कार्रवाई नहीं की जा सकती है।

पूर्ण और हस्ताक्षर किए हुए आवेदन और दस्तावेज़ों को नीचे दिये गए पते पर भेजें अथवा (559) 230- 8505 में फ़ैक्स करें:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

दिए गए/भेजे जाने से तिथि _____ के द्वारा _____ फॉर्म वापसी

CMC वित्तीय सहायता आवेदन

रोगी का नाम	रोगी का खाता
	मेडिकल रिकॉर्ड

I. रोगी / उत्तरदायित्व पक्ष

अंतिम नाम	पहला नाम मध्य प्रारंभिक
स्ट्रीट का पता	सामाजिक सुरक्षा #
	घर का फ़ोन नंबर
	सेल फ़ोन नंबर
नियोक्ता का नाम	कार्य स्थल फोन नंबर
	सकल मासिक आय \$

II. जीवनसाथी / घरेलू साथी

अंतिम नाम	पहला नाम मध्य प्रथमाक्षर
स्ट्रीट का पता	सामाजिक सुरक्षा #
	घर का फ़ोन नंबर
	सेल फ़ोन नंबर
नियोक्ता का नाम	कार्य स्थल फोन नंबर
	सकल मासिक आय \$

III. पारिवारिक जानकारी

जीवनसाथी, घरेलू साथी, 21 वर्ष से कम आयु के आश्रित बच्चों की सूची बनाएं। यदि रोगी नाबालिग है, तो माता-पिता, देखभाल करने वाले रिश्तेदारों और (21 साल से कम उम्र के भाई-बहन) सभी की सूची बनाएं।

नाम	जन्म तिथि	संबंध

परिवार में कुल व्यक्ति:

IV. मासिक सकल आय	
रोगी / उत्तरदायित्व पक्ष की मासिक आय	\$
जीवनसाथी घरेलू साथी मासिक आय (यदि लागू हो)	\$
सेवानिवृत्ति की आय	\$
प्राप्त निर्वाह निधि / सहायता भुगतान	\$
बेरोज़गारी या कर्मचारी भत्ता	\$
सामाजिक सुरक्षा/सामाजिक सुरक्षा असमर्थता	\$
छिटपुट आय	\$
यदि निर्वाह निधि/सहायता भुगतान का भुगतान हुआ है है, तो यहां कटौती करें	-\$
कुल मासिक सकल आय	= \$

V. विविध जानकारी		
	हाँ	नहीं
क्या आप 18 वर्ष से अधिक उम्र के हैं और आपने अपने माता-पिता की आयकर रिटर्न में आश्रित होने का दावा किया है?		
क्या आप इन में नामांकित हैं: Medicare बचत कार्यक्रम, Cal WORKS (कैल वर्क्स), Cal Fresh (कैल फ्रेश) (राशन कार्ड), SSI/SSP (पूरक सुरक्षा आय/राज्य अनुपूरक भुगतान), या WIC (महिलाएं, शिशु और बच्चे)?		
क्या आपके पास स्वास्थ्य बीमा है?		
क्या आपकी यह विजिट किसी तीसरे पक्ष कारण है, जैसे कि ऑटो दुर्घटना या फिसलना और गिरना?		
क्या आपने Medi-Cal या Medicare के लिए आवेदन किया है?		
क्या आपने Covered California के लिए आवेदन किया है?		

अपूर्ण या छलपूर्ण आवेदनों को अस्वीकार कर दिया जाएगा
<p>इस वित्तीय विवरण को पूरा करने में, मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूं कि ऊपर दिए गए विवरण सही और पूर्ण हैं, और मैं सामुदायिक चिकित्सा केंद्रों द्वारा किए जाने वाले आगे के सत्यापन के लिए अपनी सहमति देता हूं।</p> <p>हस्ताक्षर: _____</p> <p>मुद्रित नाम: _____</p> <p>तिथि: _____</p> <p>रोगी के अतिरिक्त कोई अन्य संबंध: _____</p>

भरे हुए आवेदन और दस्तावे जों को नीचे दिए गए पते पर भेज दें, या (559) 230-8505 पर फैक्स करें:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889