

वित्तीय सहायता

Sanford Health हमारे रोगियों को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए समर्पित है। हमें एहसास है कि इस समय उन सेवाओं के लिए भुगतान करना आपके लिए वित्तीय मुश्किल हो सकती है। इसलिए, हम आपको हमारी स्वास्थ्य प्रणाली के साथ 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 को दर्शाता है। हमारे वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए विचार प्राप्त करने के लिए आपको इस दस्तावेज़ को पूर्ण रूप से पूरा करना होगा। यदि आपकी वित्तीय स्थिति Sanford Health द्वारा निर्धारित मानदंडों को पूरा करती है, तो आपके खाते की बकाया राशि आंशिक या पूरी माफ़ की जा सकती है।

पूर्ण आवेदन के अलावा, कृपया नीचे दिए गए लागू दस्तावेज़ प्रदान करें:

- सभी लागू अनुसूचियाँ या IRS से फ़ाइल न करने के प्रमाण सहित आपके नवीनतम संघीय 1040 टैक्स रिटर्न की कॉपी (कॉपी प्राप्त करने के लिए (800) 908-9946 पर कॉल करें)
- घरेलू आय में योगदान देने वाले किसी भी वेतनभोगी के लिए अंतिम दो वेतन स्टब्स की कॉपी
- यदि आप सामाजिक सुरक्षा प्राप्त कर रहे हैं तो सामाजिक सुरक्षा पुरस्कार पत्र या नवीनतम 1099 (यदि आप सामाजिक सुरक्षा प्राप्त कर रहे हैं और साथ ही अन्य आय भी है, तो कृपया अतिरिक्त आय का प्रमाण प्रदान करें)
- ट्रांज़ेक्शन डेटा और चालू खाते की बकाया राशि दिखाने वाली बैंक या इन्वेस्टमेंट स्टेटमेंट

हमें एहसास है कि पिछले कर रिकॉर्ड से आपकी आय आपकी वर्तमान परिस्थितियों को पर्याप्त रूप से बयान नहीं कर सकती। यदि हाँ, तो कृपया एक संक्षिप्त नोट संलग्न करें जिसमें किसी भी प्रासंगिक परिवर्तनों के साथ आपकी वर्तमान वित्तीय स्थिति का वर्णन हो।

एक बार जब हम आपके आवेदन की समीक्षा कर लेंगे, तो हम प्राप्ति के 30 दिनों के अंदर आपको अपने फ़ैसले के बारे में लिखित रूप से सूचित करेंगे। यदि अपना मूल आवेदन जमा करने के बाद आपकी वित्तीय स्थिति बदल गई है, तो आप अपने निर्धारण पत्र की तारीख से 30 दिनों के अंदर अपील प्रस्तुत कर सकते हैं। यदि आप अपने खाते से संबंधित चर्चा करना चाहते हैं, आपका कोई सवाल है या किसी अपील के बारे में पूछताछ करना चाहते हैं, तो कृपया Sanford पेशेंट फ़ाइनेंसियल सर्विसेज़ (Sanford Patient Financial Services) से (877) 629-2999 पर संपर्क करें। हमारे व्यावसायिक घंटे सोमवार - गुरुवार सुबह 7 बजे - शाम 6 बजे और शुक्रवार सुबह 7 बजे - शाम 5 बजे हैं।

Minnesota में स्थित Sanford Health प्रतिष्ठान में सेवा प्राप्त करने वाले Minnesota निवासियों के लिए: यदि आपको लगता है कि आपकी चिंताओं का समाधान नहीं किया गया है, तो कृपया पहले (Sanford Patient Financial Services) Sanford पेशेंट फ़ाइनेंसियल सर्विसेज़ (877) 629-2999 पर संपर्क करें और हमें आपकी चिंताओं का समाधान करने की कोशिश का अवसर दें। यदि आपको ऐसी चिंताएँ बनी रहती हैं जिनका समाधान नहीं किया गया है, तो आप MN Attorney General (एमएन अटॉर्नी जनरल) के कार्यालय को (651) 296-3353 या (800) 657-3787 पर संपर्क कर सकते हैं।

कृपया जानकारी के लिए इस अनुरोध का 30 दिनों के अंदर जवाब दें और इसे (800) 544-5967 पर **सिक्योर फ़ैक्स/SECURE FAX** द्वारा हमारे कार्यालय को लौटा दें या यहाँ मेल करें: Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482 यदि आप 30 दिनों के अंदर वित्तीय सहायता आवेदन (Financial Assistance Application) वापस नहीं करते हैं, तो हम यह समझेंगे है कि आप Sanford वित्तीय सहायता कार्यक्रम में भाग लेने से इनकार कर रहे हैं।

भवदीय,

Sanford Health

वित्तीय सहायता आवेदन (Financial Assistance Application)

सामान्य जानकारी

नाम: _____ जन्म-तिथि: _____

जीवनसाथी का नाम: _____ जन्म-तिथि: _____

वैवाहिक स्थिति (कृपया बॉक्स पर सही का निशान लगाएँ): अविवाहित ___ विवाहित ___ तलाकशुदा ___ विधवा ___

पता: _____ शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

सेल फ़ोन (खुद का): _____ सेल फ़ोन (पति/पत्नी): _____ घरेलू फ़ोन नंबर: _____

कृपया, आपके घर में रहने वाले 18 वर्ष से कम आयु के सभी आश्रितों की सूची बनाएं।

नाम: _____ जन्म-तिथि: _____ नाम: _____ जन्म-तिथि: _____

नाम: _____ जन्म-तिथि: _____ नाम: _____ जन्म-तिथि: _____

नाम: _____ जन्म-तिथि: _____ नाम: _____ जन्म-तिथि: _____

बीमा जानकारी (कृपया बॉक्स पर सही का निशान लगाएँ): बीमित ___ बीमा रहित ___ लागत का हिस्सा _____

यदि कार्यरत हैं, तो आप अपने रोज़गार के स्थान पर कितने समय से काम कर रहे हैं? _____

आप प्रति माह अपने Sanford बिल का कितना भुगतान कर रहे हैं/या कर सकते हैं? _____

आय

स्वयं	मासिक सकल आय	जीवनसाथी
\$	सकल आय/बेरोज़गारी/कार्य समाप्ति	\$
\$	सामाजिक सुरक्षा/SSI/SSDI	\$
\$	स्व-रोज़गार/किराये की आय/राँयल्टी/सम्पदा/ट्रस्ट	\$
\$	सेवानिवृत्ति/पेंशन/वार्षिकियां/वयोवृद्ध लाभ	\$
\$	बाल सहायता/जीवनसाथी सहायता/सार्वजनिक सहायता	\$
\$	विविध/अन्य आय: _____	\$
\$	कुल आय (कृपया सभी आय का प्रमाण दें)	\$

वित्तीय सहायता आवेदन (Financial Assistance Application) - पृष्ठ 2

Submit application to:
Sanford Health
PO Box 2010
Fargo, ND 58122-2482
OR
Secure Fax: 800-544-5967

संपत्ति

खाते की किस्म	वित्तीय संस्थान	राशि/मूल्य
चेकिंग		
जमा पूँजी		
मुद्रा बाज़ार		

कोई अन्य जानकारी जिस पर आप चाहते हैं कि हम विचार करें:

यदि आवश्यक हो तो कृपया एक अतिरिक्त शीट संलग्न करें।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने अपने पूर्ण आवेदन के साथ निम्नलिखित आवश्यक दस्तावेज़ शामिल किए हैं:

- टैक्स रिटर्न (संघीय 1040) या फ़ाइल न करने का प्रमाण प्रत्येक वेतनभोगी के लिए 2 पे स्टब
- सामाजिक सुरक्षा पुरस्कार पत्र (यदि लागू हो) बैंक या निवेश विवरण

अधिकारों का समनुदेशन (कृपया ध्यान से पढ़ें)

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस आवेदन की जानकारी और सहायक दस्तावेज़ मेरी सर्वोत्तम 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 तब तक समीक्षा नहीं की जा सकती जब तक माँगी गई सभी जानकारी प्रदान नहीं की जाती। Sanford Health ने कोई प्रतिनिधित्व नहीं किया है कि वित्तीय सहायता की गारंटी है।

नाम (प्रिंट करें): _____ हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

जीवनसाथी (प्रिंट करें): _____ हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____