Community Hospital of San Bernardino
वित्तीय सहायता आवेदनपत्र संबंधी निर्देश

यह आवेदन पत्र *CommonSpirit Health* केंद्र में वित्तीय सहायता के लिए है।

CommonSpirit Health विशिष्ट आय आवश्यकताओं को पूरा करने वाले लोगों और परिवारों को वित्तीय सहायता प्रदान करता है। चाहे आपका स्वास्थ्य बीमा हो, आप अपने परिवार के आकार और आय के आधार पर मुफ्त देखभाल या रियायती देखभाल के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं। जिन मरीजों की पारिवारिक आय संघीय गरीबी स्तर के दिशानिर्देशों के 500% से कम है, उन्हें सहायता प्रदान की जाती है। संघीय गरीबी स्तर के दिशानिर्देशों की जानकारी **http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines** पर देखी जा सकती है।

वित्तीय सहायता में क्या शामिल है? अस्पताल वित्तीय सहायता आपकी योग्यता के आधार पर CommonSpirit Health द्वारा प्रदान की जाने वाली उपयुक्त अस्पताल-आधारित सेवाओं को कवर करता है। संभव है कि वित्तीय सहायता सभी स्वास्थ्य देखभाल लागतों को कवर न करें, जिनमें अन्य संगठनों द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाएं भी शामिल हैं।

यदि आपके कोई प्रश्न हैं या इस आवेदन को पूरा करने में सहायता की आवश्यकता है: आप विकलांगता और भाषा सहायता सहित किसी भी कारण से सहायता प्राप्त कर सकते हैं: (909) 806-1304

आपके आवेदनपत्र पर कार्यवाही हो इसके लिए, आपको निम्नलिखित करना होगा:

- ☐ **हमें अपने परिवार के बारे में जानकारी प्रदान करें**
- ☐ **हमें अपने परिवार की सकल मासिक आय (करों और कटौती से पहले की आय) के बारे में जानकारी प्रदान करें**
- ☐ **परिवार की आय के दस्तावेज प्रदान करें**
- ☐ **पारिवारिक संपत्ति के दस्तावेज प्रदान करें**
- ☐ **यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त जानकारी संलग्न करें**
- ☐ **फॉर्म पर हस्ताक्षर और तारीख लिखें**

ध्यान दें: वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने हेतु आपको सामाजिक सुरक्षा संख्या प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है। यदि आप हमें अपना सामाजिक सुरक्षा संख्या प्रदान करते हैं तो आपके आवेदन की प्रक्रिया को तेजी से करने में मदद मिलेगी। सामाजिक सुरक्षा संख्या का उपयोग हमें प्रदान की गई जानकारी को सत्यापित करने के लिए किया जाता है। यदि आपके पास सामाजिक सुरक्षा संख्या नहीं है, तो कृपया "लागू नहीं" या "NA" चिह्नित करें।

सभी दस्तावेजों के साथ पूरा आवेदनपत्र मेल या फैक्स करें: Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Dr.,San Bernardino, CA 92412, फैक्स: 909-887-4164. एक प्रति अपने पास अवश्य रखें।

अपना पूर्ण किया हुआ आवेदनपत्र व्यक्तिगत रूप से जमा करने के लिए: Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive , San Bernardino, CA 92411

Community Hospital of San Bernardino
वित्तीय सहायता आवेदन फॉर्म – गोपनीय

आय के दस्तावेज़ीकरण सहित संपूर्ण वित्तीय सहायता आवेदन प्राप्त करने के 30 कैलेंडर दिनों के भीतर हम आपको, यदि लागू हो तो, पात्रता और अपील के अधिकारों के अंतिम निर्धारण के बारे में सूचित करेंगे।

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन दाखिल करके, आप हमें वित्तीय दायित्वों और जानकारी की पुष्टि करने के लिए आवश्यक पूछताछ करने के लिए अपनी सहमति देते हैं।

हम मदद करना चाहते हैं। कृपया अपना आवेदनपत्र तुरंत जमा करें!

जब तक हमें आपकी जानकारी नहीं मिल जाती, तब तक आपको बिल प्राप्त हो सकते हैं।

कृपया सभी जानकारी पूरी तरह से भरें। यदि यह लागू नहीं होता है, तो "NA" लिखें। यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

जाँच संबंधी जानकारी
क्या आपको दुभाषिए की ज़रूरत है? □ **हाँ** □ **नहीं** *यदि हाँ, तो पसंदीदा भाषा लिखें:*
क्या मरीज ने Medicaid के लिए आवेदन किया है? □ **हाँ** □ **नहीं** *वित्तीय सहायता* के लिए विचार किए जाने से पहले आवेदन करने की आवश्यकता हो सकती है
क्या मरीज को राज्य की सार्वजनिक सेवाएं जैसे कि फ़ूड स्टैम्प्स या WIC (महिला, शिशु और बच्चों के लिए) प्राप्त होती हैं? □ **हाँ** □ **नहीं**
क्या मरीज वर्तमान में बेघर है? □ **हाँ** □ **नहीं**
क्या मरीज की चिकित्सा देखभाल कार दुर्घटना या कार्यस्थल पर आयी चोट से संबंधित है? □ **हाँ** □ **नहीं**
Dignity Health या CommonSpirit Health अस्पताल (अस्पतालों) की सूची जहाँ आपका इलाज किया गया था:

कृपया ध्यान दें
• आपके आवेदन करने पर भी हम गारंटी नहीं दे सकते कि आप वित्तीय सहायता के लिए पात्र होंगे।
• आपके द्वारा आवेदन भेजने के बाद हम सारी जानकारी की जांच कर सकते हैं और अतिरिक्त जानकारी या आय का प्रमाण मांग सकते हैं।

मरीज और आवेदक की जानकारी			
मरीज का पहला नाम	मरीज का मध्य नाम		मरीज का उपनाम
जन्मतारीख	मरीज की खाता संख्या:		मरीज की सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक*)
बिल भुगतान के लिए जिम्मेदार व्यक्ति	मरीज के साथ संबंध	जन्मतारीख	सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक*)

Dignity Health

______________________________________ डाक पता ______________________________________ शहर राज्य ज़िप कोड	मुख्य संपर्क नंबर ( ) ____________________ ( ) ____________________ ईमेल पता: ______________________________

बिल भुगतान के लिए उत्तरदायी व्यक्ति की रोजगार स्थिति

□ **कार्यरत** (कब से कार्यरत:____________________) □ **बेरोजगार** (कब से बेरोजगार)

□ **स्व-रोजगार** □ **विद्यार्थी** □ **विकलांग** □ **सेवानिवृत्त** □ **अन्य** (_________________)

परिवार की जानकारी

अपने सहित अपने घर में परिवार के सदस्यों की सूची बनाएं। एक मरीज के "परिवार" में शामिल हैं:

- 18 वर्ष और उससे अधिक आयु के व्यक्तियों के लिए - पति या पत्नी, घरेलू सहभागी और 21 वर्ष से कम उम्र के आश्रित बच्चे, चाहे वे घर पर रह रहे हों या नहीं।
- 18 वर्ष से कम आयु के व्यक्तियों के लिए – माता/पिता, देखभाल करने वाले रिश्तेदार, और माता-पिता या देखभाल करने वाले रिश्तेदार के 21 वर्ष से कम आयु के अन्य बच्चे।

परिवार का आकार ____________ *यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें*

नाम	जन्मतारीख	मरीज के साथ संबंध	यदि 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र के हैं: नियोक्ता(ओं) का नाम या आय का स्रोत	यदि 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र के हैं: कुल सकल मासिक आय (करों से पहले):	वित्तीय सहायता के लिए भी आवेदन कर रहे हैं?
					हाँ / नहीं
					हाँ / नहीं
					हाँ / नहीं
					हाँ / नहीं
					हाँ / नहीं

					हाँ / नहीं

परिवार के सभी वयस्क सदस्यों की आय को प्रकट किया जाना चाहिए। उदाहरण के लिए, आय के स्रोतों में शामिल हैं:

- वेतन - बेरोजगारी - स्व-रोजगार - कर्मचारियों का मुआवजा - विकलांगता - SSI

- बच्चे/जीवनसाथी का उपजीवन - कार्य अध्ययन कार्यक्रम (विद्यार्थी) - निवृत्ति वेतन - सेवानिवृत्ति खाता वितरण

- अन्य (*कृपया पहचानें*)

आय की जानकारी

***याद रखें**: आपको अपने आवेदनपत्र के साथ आय का प्रमाण शामिल करना होगा।*

आपको अपने परिवार की आय की जानकारी देनी होगी। वित्तीय सहायता निर्धारित करने के लिए आय सत्यापन आवश्यक है।

18 वर्ष या उससे अधिक उम्र के परिवार के सभी सदस्यों को अपनी आय का खुलासा करना होगा। कृपया आय के प्रत्येक अभिज्ञात स्रोत का प्रमाण प्रदान करें।

आय के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:

- नवीनतम टैक्स रिटर्न, यदि लागू हो तो शेड्यूल सहित; या
- "W-2" अस्वीकृति विवरण; या
- वर्तमान वेतन स्टब्स (*6 महीने*); या
- नियोक्ता या अन्य से लिखित, हस्ताक्षरित बयान; और
- Medicaid और/या राज्य-वित्त पोषित चिकित्सा सहायता के लिए पात्रता की स्वीकृति/अस्वीकृति; या
- बेरोजगारी मुआवजे के लिए पात्रता की स्वीकृति/अस्वीकृति।

यदि आपके पास आय का कोई प्रमाण नहीं है या आपकी कोई आय नहीं है, तो कृपया एक हस्ताक्षरित विवरण के साथ एक अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें जिसमें बताया गया हो कि आप मूलभूत निर्वाह खर्च कैसे करते हैं (जैसे आवास, भोजन, और उपयोगिताओं के लिए)।

संपत्ति की जानकारी

***याद रखें**: आपको अपने आवेदनपत्र के साथ संपत्ति का प्रमाण शामिल करना होगा।*

आपको परिवार के किसी भी सदस्य के स्वामित्व वाली सभी संपत्तियों की जानकारी देनी होगी। वित्तीय सहायता निर्धारित करने के लिए संपत्ति सत्यापन आवश्यक है।

परिवार के 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र के सभी सदस्यों को अपने उपलब्ध वित्तीय संसाधनों का खुलासा करना होगा। कृपया प्रत्येक पहचाने गए परिसंपत्ति स्रोत का प्रमाण प्रदान करें। आय के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:

- (हाल के 3 महीनों का विवरण दर्शानेवाले) वर्तमान बैंक विवरण
    - चालू खाता (खाते)
    - बचत खाता (खाते)
- स्टॉक और बॉन्ड सहित निवेश
- ट्रस्ट निधि
- मुद्रा बाजार खाता (खाते)
- म्यूचुअल फंड्स
- अन्य निवेश फंड जिनके वापस लिए जाने पर जुर्माना नहीं लगेगा।

अतिरिक्त जानकारी

यदि आपकी वर्तमान वित्तीय स्थिति के बारे में कोई अन्य जानकारी है जो आप हमें बताना चाहते हैं, जैसे वित्तीय कठिनाई, अत्यधिक चिकित्सा व्यय, मौसमी या अस्थायी आय, या व्यक्तिगत हानि, तो कृपया एक अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

मरीज का संमतिपत्र

मैं समझता हूं कि CommonSpirit Health वित्तीय सहायता के लिए पात्रता निर्धारित करने में सहायता के लिए या भुगतान योजनाओं के लिए क्रेडिट जानकारी की समीक्षा करके और अन्य स्रोतों से जानकारी प्राप्त करके जानकारी को सत्यापित कर सकता है।

- मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सटीक है।
- मैं स्वतंत्र रूप से या अस्पताल कर्मियों की सहायता से इस स्वास्थ्य देखभाल बिल का भुगतान करने में सहायता के लिए संघीय, राज्य, स्थानीय सरकार और निजी स्रोतों के माध्यम से उपलब्ध किसी भी और सभी सहायता के लिए आवेदन करूंगा।
- मैं समझता हूँ कि यदि मैं मांगी गई जानकारी प्रदान करने में CommonSpirit Health के साथ सहयोग नहीं करता हूँ तो मेरा आवेदनपत्र अस्वीकार किया जा सकता है।
- मैं समझता हूं कि जो जानकारी मैं दे रहा हूं वह क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों सहित CommonSpirit Health द्वारा सत्यापन के अधीन है और आवश्यकतानुसार संघीय और/या राज्य एजेंसियों और अन्य द्वारा समीक्षा के अधीन है।
- मैं समझता/ती हूं कि सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए अतिरिक्त जानकारी का अनुरोध किया जा सकता है।

यदि आप किसी बीमा कंपनी, कर्मचारी क्षतिपूर्ति योजना, या किसी अन्य तृतीय पक्ष से भुगतान प्राप्त करते हैं, तो आप ऐसे किसी भी भुगतान के बारे में अस्पताल को सूचित करने के लिए सहमत हैं। यदि कोई तृतीय पक्ष आपको अस्पताल की सेवाओं के लिए भुगतान प्रदान करता है, तो अस्पताल मूल, पूर्ण बिल शुल्क एकत्र करने का अपना अधिकार बनाए रखता है।

____________________________________ ____________________

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर तारीख

Dignity Health.

Community Hospital of San Bernardino अस्पताल किराया िबिलंग कायर्कर्म

्यान द□:
यिद आपको अपनी भाषा म□ सहायता की आवश्यकता है, तो कृ पया (909) 806-1304 पर कॉल कर□
या Finanical Counselor Office पर जाएं। कायार्लय खुला है 8 बजे से शाम 4:30 बजे और Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive , San Bernardino, CA 92411 पर िस्थत है। िवकलांग लोग□ के िलए सहायता और सेवाएं, जैसे बर्ेल िलिप, बड़े िपर्ंट, ऑिडयो और अन्य सुलभ इलेक्टर्ॉिनक फॉम□ट म□ दस्तावेज़ भी उपलब्ध ह□। ये सेवाएं िनःशुल्क ह□।

अपने िबल का भुगतान कर□
ऐसे िनःशुल्क उपभोक्ता वकालत संगठन ह□ जो आपको िबिलंग और भुगतान पर्िकर्या को समझने म□ मदद कर□गे। अिधक जानकारी के िलए आप हेल्थ कं ज्यूमर अलायंस को 888-804-3536 पर कॉल कर सकते ह□ या healthconsumer.org पर जा सकते ह□।

अस्पताल िबल िशकायत कायर्कर्म
अस्पताल िबल िशकायत कायर्कर्म एक राज्य कायर्कर्म है, जो अस्पताल के िनणर्य□ की समीक्षा करता है िक क्या आप अपने अस्पताल के िबल का भुगतान करने म□ सहायता के िलए पातर् ह□। यिद आपको लगता है िक आपको गलत तरीके से िव□ीय सहायता से वंिचत कर िदया गया है, तो आप अस्पताल िबल िशकायत कायर्कर्म के तहत िशकायत दजर् कर सकते ह□। अिधक जानकारी और िशकायत दजर् करने के िलए HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov पर जाएं।

भुगतान पर छूट या चैिरटी केयर पातर्ता के िलए आवेदन

(1) के वल भुगतान पर छूट के िलए आवेदन करने वाले मरीज□ से,अस्पताल, आय के दस्तावेजीकरण के िलए के वल हािलया भुगतान रसीद या आयकर िरटनर् रसीद मांग सकता है।
(2) जो मरीज के वल भुगतान पर छूट के िलए आवेदन करते ह□, उन्ह□ चैिरटी के यर पर्ोगर्ाम के तहत उपलब्ध िव□ीय सहायता से कम िव□ीय सहायता पर्ा□ हो सकती है।