



वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

Form content not retained in medical record.
For local storage only.

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

आवेदन करने वाले का नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	सर्विस की लोकेशन
--	------------------

निर्देश: आवेदन पूरा भरें और इनकी कॉपियां साथ में लगाएं:

- टैक्स रिटर्न और उनसे संबंधित शेड्यूल (पिछले 2 साल का)
- वेतन पर्ची* (सबसे हाल के 3 महीनों की)
- सोशल सिक्योरिटी लाभ* (अगर लागू हो तो)
- बैंक स्टेटमेंट* (सभी खातों के लिए सबसे हाल के 3 माह)
- एक पेज पर अलग से आर्थिक सहायता की अपनी ज़रूरत के बारे में बताएं*
- W-2 या बेरोजगारी का कथन*

मैंने अमेरिकी या अमेरिका के किसी राज्य से मिलने वाली चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन किया है या करूंगा या मैंने इस बात का सत्यापन कर लिया है कि मेरे हेल्थ केयर एक्सचेंज प्लान के लिए यह सहायता मिल सकती है।*	
<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं कारण _____	
मेरा कोई मुकदमा, सेटलमेंट, व्यक्तिगत चोट, या देनदारी का दावा लंबित चल रहा है।	
<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं कारण _____	
मेरे पास मेरी कंपनी अथवा मेरे पति/पत्नी की कंपनी के माध्यम से बीमा उपलब्ध है।	
<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं कारण _____	
घर की सालाना आय (जो इनकम टैक्स फ़ाइलिंग में बताई गई है)	घर में लोगों की संख्या (पेशेंट, पति/पत्नी, और आश्रित, जिनका ब्यौरा इनकम टैक्स फ़ाइलिंग में दिया गया है)

पेशेंट या जिम्मेदार पार्टी

नाम (पहला, मध्य, अंतिम)		जन्मतिथि (mm-dd-yyyy)	
पता	शहर	राज्य	ZIP कोड
फ़ोन	वैवाहिक स्थिति*		
रोजगार की स्थिति <input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> खुद का पेशा/कारोबार <input type="checkbox"/> बेरोजगार <input type="checkbox"/> विद्यार्थी	कंपनी का नाम		
रोजगार की अवधि	बेरोजगार होने की तारीख/अवधि (mm-dd-yyyy)	क्या आपको किसी अन्य टैक्स रिटर्न पर क्लैम किया गया है? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं (अगर "हां," तो टैक्स रिटर्न का ब्यौरा दें।)	

पति/पत्नी या जीवनसाथी (वित्तीय सहायता के लिए पात्र सभी पेशेंट खातों की पहचान के लिए इस्तेमाल किया जाता है)

नाम (पहला, मध्य, अंतिम)		जन्मतिथि (mm-dd-yyyy)	
रोजगार की स्थिति <input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> खुद का पेशा/कारोबार <input type="checkbox"/> बेरोजगार <input type="checkbox"/> विद्यार्थी	कंपनी का नाम		
रोजगार की अवधि	बेरोजगार होने की तारीख/अवधि (mm-dd-yyyy)		

*बैरन, कैमरॉन, राइस लेक, मोन्डोवी, ओसियो, मेनोमोनी, WI, या अल्बर्ट ली MN बिहैवियरल हेल्थ सहित NHSC लोकेशनों पर लागू नहीं (फ़ाउंडेशन सेंटर्स सहित)।

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन (जारी)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

आश्रित (अगर 4 से अधिक आश्रित अलग अलग पेज का उपयोग करते हैं)

पूरा नाम	संबंध	जन्मतिथि (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		

अन्य आय

विवरण	मासिक आय राशि

चिकित्सा ऋण

प्रकार	किसको	बकाया बैलेंस	मासिक भुगतान
मेडिकल डॉक्टर			
मेडिकल हॉस्पिटल			
अन्य			

प्रमाणन हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि यहां दिया गया सारा ब्यौरा मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सच और सही है। मुझे पता है कि इस जानकारी का इस्तेमाल यह पता लगाने के लिए किया जाता है कि क्या मैं मेयो क्लिनिक या उससे संबंधित किसी संस्था द्वारा दी जाने वाली सेवाओं के लिए भुगतान करने में सक्षम हूँ और मैं मेयो क्लिनिक और सभी संबद्ध क्लिनिकों, अस्पतालों और संस्थाओं को यह जानकारी ज़रूरत के मुताबिक साझा करने की अनुमति देता/देती हूँ ताकि मेरे आर्थिक सहायता के अनुरोध पर विचार किया जा सके। मैं एतद्वारा मेयो क्लिनिक, मेयो क्लिनिक के सभी संबद्धों और प्रतिनिधियों अथवा एजेंटों को यहां दी गई जानकारी की जांच-पड़ताल करने की अनुमति देता/देती हूँ।

पेशेंट या जिम्मेदार पार्टी के हस्ताक्षर ▶	आज की तारीख (mm-dd-yyyy)
जिम्मेदार पार्टी का प्रिंट किया गया नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	
पति/पत्नी या जीवनसाथी के हस्ताक्षर ▶	आज की तारीख (mm-dd-yyyy)
पति/पत्नी या जीवनसाथी का प्रिंट किया गया नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	