

**वित्तीय सहायता आवेदन**  
(आवेदन पूरी तरह भरना आवश्यक है)

अनुरोध करने की तारीख: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

रोगी की जानकारी:

उपनाम: \_\_\_\_\_ प्रथम नाम \_\_\_\_\_ मध्य नामाक्षर \_\_\_\_\_

जन्मतिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ सोशल सिक्योरिटी नम्बर: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

पता: \_\_\_\_\_ अपार्टमेंट # \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ जिप कोड: \_\_\_\_\_

आवास टेलीफोन # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ अन्य टेलीफोन# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**परिवार में आश्रित व्यक्ति:**

	नाम	जन्मतिथि	रोगी के साथ सम्बन्ध
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**आय की जानकारी:**

आय	रोगी	जीवनसाथी
नियोक्ता		
कुल आमदनी		
शिशु सहायता / गुजारा भत्ता प्राप्ति		
पेंशन		
बेरोजगारी लाभ		
सोशल सिक्योरिटी लाभ		
किराए से आय		
अन्य आय		
फूड स्टैम्प / राशन पर्ची		
<b>सकल आय</b>		

कृपया दस्तावेज और सत्यापन फॉर्म की संलग्न सूची के अनुसार उपलब्ध दस्तावेजों की प्रतियां उपलब्ध करवाएं। रोगियों को यह आवेदन प्राप्त होने के 15 दिनों के अंदर यह जानकारी उपलब्ध करवानी होगी। इस आवेदन के सम्बन्ध में उपलब्ध करवाई, चर्चा की गई या दर्ज की गई सभी जानकारी गोपनीय है। यदि आपके सवाल हैं या और सहायता चाहते हैं तो पेशेंट बिजनेस डिपार्टमेंट (रोगी व्यापार विभाग) में फाइनेंशियल असिस्टेंट्स काउंसलर (वित्तीय सहायता सलाहकार) से (203) 276-7515 या (203) 276-4831 पर सम्पर्क करें।

अतिरिक्त जानकारी जिस पर आवेदक चाहता है कि विचार किया जाना चाहिए:

---



---



---

मैं इसके द्वारा Stamford अस्पताल से वित्तीय सहायता का अनुरोध करता/करती हूँ, जिसमें अस्पताल बेड फंड तक पहुंच शामिल है, जो उपलब्ध हो सकती है और जिसके लिए मैं पात्र हो सकता/सकती हूँ।

मैं समझता/ती हूँ कि मेरे द्वारा जमा की गई जानकारी Stamford अस्पताल द्वारा सत्यापन करने के अधीन है। मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि उपरोक्त जानकारी सत्य और सही है। मैं समझता/ती हूँ कि यदि पात्र हूँ तो मुझे सार्वजनिक सहायता के लिए आवेदन करने को कहा जा सकता है।

आवेदक के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_\_

कृपया ध्यान दीजिए इस आवेदन को पूरा करने और अनुरोध की गई जानकारी को आबंटित समय में प्रदान करने में असफल रहने पर आपके आवेदन पर प्रक्रिया करने में विलंब होगा और इसका परिणाम यह निर्धारित करने में हो सकता है कि आप वित्तीय सहायता के पात्र नहीं हैं।

-----

□□□□ अस्पताल के □□□□□ □□ □□□

श्री#: \_\_\_\_\_

परिवार का आकार# \_\_\_\_\_

स्वीकृत वित्तीय सहायता स्तर: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ %

FAP स्वीकृत: से: \_\_\_\_\_ तक: \_\_\_\_\_

प्रसव पूर्व स्वीकृत: से: \_\_\_\_\_ तक: \_\_\_\_\_

अस्वीकृति की तारीख: \_\_\_\_\_

अस्वीकृति का कारण: \_\_\_\_\_

FC □□□□□□: \_\_\_\_\_ □□□□□□: \_\_\_\_\_



□□□□□□□□ □□ □□□□□□□□ □□□□□□

कृपया आपके फाइनेंशियल असिस्टेंट काउंसलर या पेशेंट बिजनेस सर्विसेज डिपार्टमेंट को आवेदक/जीवनसाथी या अन्य महत्वपूर्ण व्यक्ति और बच्चों के बारे में नीचे सूचीबद्ध लागू होने वाले दस्तावेज उपलब्ध करवाएं (यदि आवेदक अवयस्क है, माता-पिता की जानकारी उपलब्ध करवाएं)।

**कृपया हमें निम्नलिखित दस्तावेजों की प्रतियां उपलब्ध करवाएं**

**बीमा:**

- स्वास्थ्य  हाँ या  नहीं दायित्व  हाँ या  नहीं  
कर्मचारी मुआवजा  हाँ या  नहीं MVA  हाँ या  नहीं  
क्या आपने Access Health CT सहित बीमा कवरेज के लिए आवेदन किया है  हाँ या  नहीं

***\*अनुरोध की गई सभी जानकारी रोगी, जीवनसाथी, अन्य महत्वपूर्ण व्यक्ति, सहयोगी और परिवार में बच्चों के लिए है।***

**संघीय और स्टेट लाभ:**

- डिपार्टमेंट ऑफ सोशल सर्विसेज का अस्वीकृति पत्र
- फूड स्टैम्प/नकद सहायता पत्र
- डिपार्टमेंट ऑफ सोशल सर्विसेज चिकित्सा (Medicaid) कवरेज
- सोशल सिक्योरिटी लाभों का पत्र

**पहचान:**

- फोटो ID / ड्राइवर लाइसेंस/ पासपोर्ट / स्थाई आवास कार्ड
- वर्तमान पते का साक्ष्य (उपयोगिता बिल, केबल, टेलीफोन)
- बच्चों का जन्म प्रमाण-पत्र

**आय: मजदूरी, वेतन, टिप्स, और लाभांश**

- नवीनतम फाइल किया गया टैक्स रिटर्न और W-2 या 1099
- नवीनतम आमदनी रसीदें (4 यदि साप्ताहिक भुगतान / 2 यदि दो-सप्ताह में भुगतान और 2 यदि मासिक भुगतान है)
- नियोक्ता या स्वयं द्वारा नोटरी से प्रमाणित पत्र
- बेरोजगारी भुगतान इतिहास (यदि बेरोजगारी भत्ता प्राप्त करते हैं)
- यदि बेरोजगार हैं तो कृपया नोटरी से प्रमाणित पत्र उपलब्ध करवाएं, जिसमें उल्लेख हो कि आप जीवन-यापन कैसे करते हैं।
- गुजारा भत्ता और बच्चे का भरण-पोषण (न्यायालय के दस्तावेज या प्राप्त धनराशि सहित एक नोटरी प्रमाणित पत्र)

**संपत्तियां:**

- परिवार के सभी सदस्यों के नवीनतम बैंक खाता विवरण

(चैकिंग्स, सेविंग्स, CD's, 401K, 403B)

- हाँ या  नहीं यदि नहीं, कृपया हस्ताक्षर करें \_\_\_\_\_
- क्या प्राथमिक आवास के अलावा आपके पास अन्य संपत्ति है?
  - हाँ या  नहीं यदि हाँ, किराये से आय \$ \_\_\_\_\_

**आवास की जानकारी:**

- किराये की रसीद/लीज या गिरवी विवरण
- मालिक या स्वयं द्वारा नोटरी प्रमाणित-पत्र (प्रत्येक माह आपके द्वारा किया जाने वाला भुगतान )
- आश्रयस्थल से पत्र

**जन्म-पूर्व:**

- प्रसव पूर्व अनुबंध (ऑप्टिमस / TSH अनुबंध)