

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

अनुरोध की तिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

रोगी की जानकारी:

अंतिम नाम: \_\_\_\_\_ प्रथम नाम \_\_\_\_\_ मध्य नामाक्षर \_\_\_\_\_

जन्म तिथि: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ सोशल सिक्योरिटी नम्बर: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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

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

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

**परिवार में आश्रित व्यक्ति:**

	नाम	जन्म तिथि	रोगी से संबंध
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**आय की जानकारी:**

आय	रोगी	जीवन-साथी
नियोक्ता		
कुल आमदनी		
शिशु सहायता / गुजारा भत्ता प्राप्ति		
पेंशन		
बेरोज़गारी लाभ		
सोशल सिक्योरिटी लाभ		
किराए से आय		
अन्य आय		
फूड स्टैम्प / राशन पर्ची		
<b>कुल आमदनी</b>		

कृपया दस्तावेज़ और सत्यापन फार्म की संलग्न सूची के अनुसार उपलब्ध दस्तावेज़ों की प्रतियां उपलब्ध करवाएं। रोगियों को यह आवेदन प्राप्त होने के 15 दिनों के अंदर यह जानकारी उपलब्ध करवानी होगी। इस आवेदन के संबंध 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 में फाइनेंशियल असिस्टेंट्स कौंसलर से (203) 276-7515 या (203) 276-4831 पर सम्पर्क करें। अतिरिक्त जानकारी जो आवेदक इच्छुक है कि विचार की जानी चाहिए:

---



---



---

मैं एतद् द्वारा हॉस्पिटल बेड तक पहुँच जो उपलब्ध हो सकती है और जिसके लिए मैं पात्र हो सकता/ती हूँ सहित, स्टैमफोर्ड अस्पताल (Stamford Hospital) द्वारा वित्तीय सहायता सहित लिए अनुरोध करता/ती हूँ मैं समझता/ती हूँ कि मेरे द्वारा जमा की गई जानकारी स्टैमफोर्ड अस्पताल (Stamford Hospital) द्वारा सत्यापन करने के शर्ताधीन 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 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 पूरा 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।

---

**केवल अस्पताल के उपयोग के लिए**

श्री#: \_\_\_\_\_

परिवार का आकार# \_\_\_\_\_

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

FAP स्वीकृत: की ओर से: \_\_\_\_\_ तक: \_\_\_\_\_

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

अस्वीकृति की तारीख: \_\_\_\_\_

अस्वीकृति का कारण:

---

द्वारा FC: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

**दस्तावेज और सत्यापन फार्म**

कृपया अपने वित्तीय सहायता परामर्शदाता या रोगी व्यवसाय सेवा विभाग को आवेदक/पति- पत्नी या अन्य महत्वपूर्ण व्यक्ति (significant other) और बच्चों (यदि आवेदक नाबालिग है तो माता-पिता की जानकारी प्रदान करें) के लिए लागू नीचे सूचीबद्ध दस्तावेज प्रदान करें।

**कृपया हमें निम्नलिखित दस्तावेजों की प्रतियाँ उपलब्ध करवाएँ**

**बीमा:**

स्वास्थ्य  हाँ या  नहीं दायित्व  हाँ या  नहीं  
कार्यकर्ता मुआवजा  हाँ या  नहीं MVA  हाँ या  नहीं  
क्या आपने Access Health CT के साथ बीमा कवरेज के लिए  हाँ या  नहीं  
आवेदन किया है

**\*अनुरोध की गई सभी जानकारी रोगी, जीवन साथी, 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 आईडी / 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 भुगतान स्टब्स (4 यदि साप्ताहिक भुगतान / 2 यदि दो-सप्ताह में भुगतान और 2 यदि मासिक भुगतान किए जाते हैं)
- नियोक्ता या स्वयं को 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 दस्तावेज़ या प्राप्त धनराशि सहित एक नोटरी प्रमाणित पत्र)

**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)
- आश्रय-स्थल से पत्र



**Financial Assistance Application**  
*(Application Must Be **COMPLETELY** Filled Out)*

Date of Request: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Patient information:

Last name: \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Home Telephone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Other Telephone# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dependents in household:**

	<b>Name</b>	<b>Date of Birth</b>	<b>Relationship to Patient</b>
<b>1.</b>			
<b>2.</b>			
<b>3.</b>			
<b>4.</b>			
<b>5.</b>			

**Income Information:**

<b>Income</b>	<b>Patient</b>	<b>Spouse</b>
Employer		
Gross Wages		
Child Support/Alimony Received		
Pension		
Unemployment Benefits		
Social Security Benefits		
Rental Income		
Other Income		
Food Stamps		
<b>Total Income</b>		



Please provide copies of available documents on the attached list of Documentation and Verification Forms. Patients are to provide this information within 15 days of receiving the application. All information provided, discussed or recorded in relation to this application is confidential. If you have questions or require further assistance contact a Financial Assistance Counselor at (203) 276-7515 or (203) 276-4831 at the Patient Business Department.

Additional information that the applicant wishes to be taken into consideration:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I hereby request financial assistance from Stamford Hospital, including access to hospital bed funds that may be available and for which I may be eligible. I understand that the information which I have submitted is subjected to verification by Stamford Hospital. I certify that the above information is true and correct. I understand that I may be asked to apply for public assistance, if eligible.

Applicant’s Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please note that failure to complete this application and provide the information requested within the time allotted will delay processing of your request and may result in a determination that you are not eligible for financial assistance.

-----

**FOR HOSPITAL USE ONLY**

MR#: \_\_\_\_\_

Family Size# \_\_\_\_\_

Financial Assistance Level Approved: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ %

FAP Approved: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Prenatal Approved: From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Denied Date: \_\_\_\_\_

Reason for Denial: \_\_\_\_\_

By FC: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Documentation and Verification Forms**

Please provide applicable documents listed below for applicant/spouse or significant other and children (if applicant is a minor provide parents information) to your Financial Assistance Counselor or the Patient Business Services Department.

**PLEASE PROVIDE US WITH COPIES OF THE FOLLOWING DOCUMENTATION**

**Insurance:**

- |   |   |           |   |
|---|---|-----------|---|
| Health  | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | Liability | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Workers comp  | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO | MVA       | <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |
| Have you applied for insurance coverage with Access Health CT <input type="checkbox"/> YES or <input type="checkbox"/> NO |   |           |   |

**\*ALL INFORMATION REQUESTED IS FOR PATIENT, SPOUSE, SIGNIFICANT OTHER, PARTNER AND CHILDREN IN THE HOUSEHOLD.**

**Federal and State Benefits:**

- Department of Social Services Denial Letter
- Food Stamps/Cash Assistance Letter
- Department of Social Services Medical (Medicaid) coverage
- Social Security Benefits Letter

**Identification:**

- Photo ID / Driver's license/ Passport / Permanent Resident Card
- Proof of Current Address (utility bills, cable, telephone)
- Children's Birth Certificate

**Income: wages, salaries, tips, and dividends**

- Most Recent Filed Tax Return and W-2 or 1099
- Most Recent Pay Stubs (4 if paid weekly / 2 if paid bi-weekly and 2 if paid monthly)
- Notarized letter from employer or self
- Unemployment payment History (if collecting unemployment)
- If unemployed please provide a notarized letter indicating how you support yourself.
- Alimony and Child Support (Court document or a Notarized letter indicating amount received)

**Residence Information:**

- Rent Receipt / Lease or Mortgage Statement
- Notarized letter from landlord or self (amount you pay for rent each month)
- Shelter letter