

## मरीज, जिन्हें आर्थिक सहायता की जरूरत है

Penn State Health (PSH) अपने सभी मरीजों और उनके परिवारों को बेहतरीन सेवाएं प्रदान करने के अपने मिशन पर गर्व करता है। अगर आपके मेडिकल बिलों का भुगतान एक चिंता का विषय है, तो PSH उन मरीजों को आर्थिक सहायता प्रदान करता है, जो शर्तें पूरी करते हैं, लेकिन उनका बीमा नहीं हुआ है या वे आंशिक तौर पर बीमित हैं।

हम चिकित्सा के लिहाज से जरूरी होने पर और आपातकालीन सेवाओं के लिए आय, परिवार के आकार और संपत्तियों के आधार पर आर्थिक सहायता प्रदान करते हैं। PSH आर्थिक सहायता प्रोग्राम (Financial Assistance Program, FAP) की शर्तें पूरी करने वाले गैर-बीमित या शर्तें पूरी करने वाले गैर— FAP व्यक्तियों को आपातकालीन या चिकित्सकीय रूप से आवश्यक अन्य देखभाल के लिए सामान्य रूप से बिल की गई राशि से ज्यादा चार्ज नहीं करेगा।

### आवेदन करने का तरीका:

आर्थिक सहायता आवेदन (इस पत्र के पीछे दिया गया है) को पूरा भरें और नीचे बताए गए दस्तावेजों को साथ में संलग्न करें (अगर ऐसा करना जरूरी हो तो):

- हाल ही में दाखिल किए गए संघीय आयकर रिटर्न की कॉपी
- हाल ही के चार (4) भुगतान प्रपत्र की कॉपी
- हाल ही के चार (4) चेकिंग और सेविंग बैंक स्टेटमेंट की कॉपी
- सामाजिक सुरक्षा आय निर्धारण की कॉपी
- VA आय की कॉपी
- बेरोजगार के तौर पर होने वाली आय की कॉपी
- पेंशन के रूप में होने वाली आय के सबूत की कॉपी
- संपदा या दायित्व निर्वहन से वितरण की पुष्टि (वित्तीय सहायता पर तब तक विचार नहीं किया जाएगा, जब तक कि संपत्ति या मुकदमे का अंतिम निपटारा नहीं हो जाता)
- चिकित्सा सहायता या स्वास्थ्य बीमा बाजार निर्धारण
- नागरिकता का सबूत या वैध स्थायी निवास की स्थिति (ग्रीन कार्ड)
- अगर घर की कोई आय नहीं है, घर के खर्चों को चलाने में सहायता देने वाले व्यक्ति की ओर से जारी पत्र
- वित्तीय सहायता की शर्तें तय करने के लिए, वित्तीय सहायता आवेदन की पर्याप्त रूप से समीक्षा करने के लिए PSH द्वारा अनुरोध की गई कोई अन्य जानकारी।

हमारी वित्तीय सहायता नीति और वित्तीय सहायता के अतिरिक्त आवेदनों को एक्सेस करने के लिए, कृपया हमारी वेबसाइट:

<https://www.pennstatehealth.org/financial-assistance> पर जाएँ। दस्तावेजों का कई भाषाओं में अनुवाद किया गया है और

ये वेबसाइट पर या व्यक्तिगत रूप से उपलब्ध हैं। सभी आवेदकों को उनकी वित्तीय सहायता योग्यता के संबंध में निर्णय लिए जाने पर फ़ोन या पत्र द्वारा सूचित किया जाएगा।

वित्तीय परामर्श स्टाफ सोमवार से शुक्रवार सुबह 8:00 बजे से शाम 4:30 बजे तक फ़ोन पर उपलब्ध है।

आपके प्रश्नों को शिष्टाचार के साथ सुना जाएगा और पूरी गोपनीयता बरती जाएगी।

Penn State Health Milton S. Hershey Medical Center, Lancaster Medical Center और Community Medical Groups	717-531-1740 or 1-800-254-2619
Hampden Medical Center	717-981-1311 or 1-800-254-2619
Holy Spirit Medical Center और Pennsylvania Psychiatric Institute	717-763-2885 or 1-800-254-2619
St. Joseph Medical Center	610-378-2277 or 1-800-254-2619
Life Lion LLC	717-763-2108

धन्यवाद,

Penn State Health, आर्थिक काउंसिलिंग



## वित्तीय सहायता आवेदन

सेवाओं के लिए स्थान:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hershey Medical Center   | <input type="checkbox"/> Community Medical Group            | <input type="checkbox"/> St. Joseph Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Holy Spirit Hospital     | <input type="checkbox"/> Penn State Health Life Lion, LLC   | <input type="checkbox"/> Hampden Medical Center    |
| <input type="checkbox"/> Lancaster Medical Center | <input type="checkbox"/> Pennsylvania Psychiatric Institute |  |

मरीज की जानकारी:

मरीज का नाम: \_\_\_\_\_ मरीज का फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

मरीज का नाम: \_\_\_\_\_ मरीज का फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

मरीज का नाम: \_\_\_\_\_ मरीज का फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

गारंटर की जानकारी: (इस बिल के भुगतान के लिए जिम्मेदार व्यक्ति)

गारंटर का नाम: \_\_\_\_\_

सड़क का पता: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ पिन: \_\_\_\_\_

गारंटर के घर का फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_ सेल फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

रोजगार का स्थान: \_\_\_\_\_ गारंटर के ऑफिस का फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा नंबर: (आखिरी चार अंक): \_\_\_\_\_

आश्रितों की संख्या (आपके सहित) जिनके लिए आप वित्तीय रूप से जिम्मेदार हैं: \_\_\_\_\_

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मैंने इस आवेदन पत्र को पूरा पढ़ लिया है और इस प्रपत्र में दी गई सारी जानकारी मेरी योग्यता, ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य, सही और पूर्ण है।

\_\_\_\_\_  
हस्ताक्षर (गारंटर)

\_\_\_\_\_  
तारीख



हम आपका आवेदन प्रोसेस करें, इसके लिए आपको इस प्रपत्र के साथ निम्नलिखित जानकारी वापस देनी होगी।

- सबसे हाल में फाइल किया हुआ IRS कर प्रपत्र (1040) और कोई भी शेड्यूल, उदाहरण के लिए: C, D, E, F
- हाल ही के चार (4) वेतन चेक प्रपत्र
- हाल ही के चार (4) बैंक स्टेटमेंट (कृपया चेकिंग और बचत खातों, दोनों की जानकारी शामिल करें)
- सामाजिक सुरक्षा आय निर्धारण की कॉपी
- VA आय की कॉपी
- बेरोजगार के तौर पर होने वाली आय की कॉपी
- पेंशन के रूप में होने वाली आय के सबूत की कॉपी
- संपदा या दायित्व निर्वहन से वितरण की पुष्टि
- चिकित्सा सहायता या निर्धारण की ACA सूचना
- नागरिकता का सबूत या वैध स्थायी निवास की स्थिति (ग्रीन कार्ड)
- अगर घर की कोई आय नहीं है, तो घर के खर्चों को चलाने में सहायता देने वाले व्यक्ति या लोगों की ओर से जारी पत्र
- चालू वर्ष में प्राप्त हुए सभी अन्य भुगतानों का प्रमाण

पूरी तरह से भरे हुए आवेदन को डाक के जरिए यहां भेजें:

**Penn State Health Financial Counseling**  
**P. O. Box 853 CA-510**  
**Hershey, PA 17033**