

ఆర్థిక సమాచార పత్రం / ఆర్థిక సహాయం దరఖాస్తు

ఈ పత్రం పూర్తి చేయడంలో సహాయం కోరకు లేదా మీకేమైనా ప్రశ్నలు ఉంటే, దయచేసి 281.312.4012 లేదా 281.312.4000 కాల్ చేయండి -- 5 నెక్యండి

రోగి పేరు:	ఫోను నంబరు:
రోగి వీధి చిరునామా:	నగరం, రాష్ట్రం, జిప్ కోడ్:
అకౌంట్ నంబర్(లు):	సర్వీసు తేదీ(లు):

సూచనలు: అన్ని ప్రశ్నలకు సమాధానాలు ఇవ్వాలి. ఒకవేళ ఏదైనా ప్రశ్న సంబంధించినది కాకపోతే, లైనుపై వర్తించదు అని వ్రాయండి.

ఫోటో ఉన్న గుర్తింపు రుజువు కాపీ ఒక దానిని జత చేయండి (ఉదాహరణ: రాష్ట్రం జారీ చేసిన డ్రైవర్ లైసెన్స్ లేదా ఫోటో తో గల పాస్ పోర్ట్, మొదలైనవి.) *
 అత్యంత ఇటీవలి ఆదాయపు పన్ను రిటర్న్ ఫోటో కాపీ జతపరచండి లేక
 క్రింది వాటిలో ఒక ఆదాయపు రుజువు యొక్క ఫోటో కాపీ జతపరచండి:

<input type="checkbox"/> చివరి 2 పంచెక్కుల స్టేట్స్	<input type="checkbox"/> సోషల్ సెక్యూరిటీ చెక్కు లేక అవార్డు లెటరు
<input type="checkbox"/> అన్-ఎంప్లాయిమెంట్ బెనిఫిట్ స్టేట్స్	<input type="checkbox"/> ఉద్యోగి పేరు, వృత్తి, గంటలవారి వేతనం, పని చేసిన గంటల సంఖ్య పేర్కొంటూ ఉద్యోగ యజమాని నుండి లెటరు

*** రుజువు పత్రాలను జతపరచని పక్షంలో ఇది పూర్తి దరఖాస్తుగా పరిగణించబడదు. ***

స్థితి: శాశ్వత టెక్నాస్ నివాసి చట్టపరమైన నివాసి ఇమ్మిగ్రంట్ వీసా ఇమ్మిగ్రంట్ కాని వీసా

వైవాహిక స్థితి (ఒకటి గుర్తు పెట్టండి): వివాహితులు అవివాహితులు విడాకులు పొందినవారు

వైదవ్యం పొందినవారు ఇతరం _____

18 సంవత్సరాల కన్నా తక్కువ వయసు గల పిల్లలు మరియు ఇంట్లోని ఇతర ఆధారపడినవారు (అవసరమైతే, మరొక పేజికి కొనసాగండి)

పూర్తి పేరు	పుట్టిన తేదీ	ఆధారపడినవారితో బంధుత్వం (ఒకటి గుర్తు పెట్టండి)				
		పిల్లలు	సవతి పిల్లలు	సంరక్షకులు	పెద్దవారు/సీనియర్	సంబంధం లేదు

ఉద్యోగం సారాంశం

రోగి	భార్య లేక భర్త
యజమాని	యజమాని
వృత్తి	వృత్తి

ఉద్యోగం స్థితి (ఒకటి గుర్తు పెట్టండి)

<input type="checkbox"/> పూర్తికాల ఉద్యోగం	<input type="checkbox"/> పాక్షిక ఉద్యోగం	<input type="checkbox"/> నిరుద్యోగి
<input type="checkbox"/> గృహిణి	<input type="checkbox"/> పనికి వెళ్లలేక పోయిన వ్యక్తి	

నెలకు కుటుంబ ఆదాయం		నెలకు గృహ ఖర్చులు (FAA కోసం వర్తించవు)	
రోగి	\$ _____ /నె.	గృహవసతి: _____ సౌత్/లేసు	_____ కిరాయి
జీవిత భాగస్వామి	\$ _____ /నె.	ఇంటి చెల్లింపు	\$ _____ /నె.
భరణం	\$ _____ /నె.	యుటిలిటీస్ (విద్యుత్, నీరు)	\$ _____ /నె.
నిరుద్యోగం	\$ _____ /నె.	కారు # 1	\$ _____ /నె.
చైల్డ్ సపోర్ట్	\$ _____ /నె.	కారు # 2	\$ _____ /నె.
సర్వైవర్స్ బెనిఫిట్	\$ _____ /నె.	గ్యాసోలైన్	\$ _____ /నె.
పనివారి పరిహారం	\$ _____ /నె.	బీమా	\$ _____ /నె.
ట్రస్ట్ ఫండ్	\$ _____ /నె.	టీవీ/కేబుల్/ఫోను	\$ _____ /నె.
ఇతరం	\$ _____ /నె.	ఆహారం	\$ _____ /నె.
మొత్తం ఆదాయం	\$ _____ /నె.	మొత్తం ఖర్చులు	\$ _____ /నె.

బ్యాంక్ అకౌంట్/ఇతర ఆస్తులు (అన్ని 3 ప్రశ్నలకు సమాధానాలు ఇవ్వాలి): (FAA కోరకు వర్తించదు)

చెకింగ్ అకౌంట్? (ఒకదానికి వృత్తం చుట్టండి)	అవును	లేదు	ప్రస్తుత బాలెన్సు	\$ _____
సేవింగ్స్ ఖాతా? (ఒకదానికి వృత్తం చుట్టండి)	అవును	లేదు	ప్రస్తుత బాలెన్సు	\$ _____
అదనపు ఆస్తి? (ఒకదానికి వృత్తం చుట్టండి)	అవును	లేదు	ప్రస్తుత విలువ	\$ _____

అవును అయితే, దయచేసి వివరించండి: _____

రోగి పేరు:

- * నాకు తెలిసినంత వరకు నేను ఇచ్చిన సమాధానాలు సత్యము మరియు సరైనవని, మరియు శాశ్వత అపరాధం అనుభవించుటకు సిద్ధపడి నేను ఇందుమూలంగా ధృవీకరిస్తున్నాను.
- * నేను అందించిన సమాచారం ఇంటి ఆదాయం మరియు ఖర్చులను తెలియజేస్తుంది.
- * ఒక చెల్లింపు ప్లాన్ ఏర్పరచడానికి మరియు/లేదా ఆర్థిక సహాయం కొరకు దరఖాస్తును ప్రారంభించడం కొరకు మరియు/లేదా వివిధ ప్రోగ్రాంలు, కవరేజి లేదా సహాయం కొరకు అర్హతను నిర్ధారించడానికి ఈ సమాచారం మరియు క్రెడిట్ నివేదిక మరియు ఇతర బహిరంగ అందుబాటు గల సమాచారం Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ద్వారా ఉపయోగించబడవచ్చు.
- * నేను చేసిన ప్రకటనలను సరిచూసుకునేందుకు ఏదైనా మూలం నుండి సమాచారాన్ని పొందడానికి నేను Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood కు నా సమ్మతిని ఇస్తున్నాను.
- * ఆర్థిక సహాయం కొరకు మీ అర్హతను నిర్ధారించడానికై, ఇవ్వబడిన సమాచారం అసంపూర్ణంగా ఉంటే లేదా సరిపోకపోతే లేదా మీరు అర్హతా ప్రమాణాలకు సరిపోకపోతే Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood నుండి మీరు లిఖిత పూర్వక సమాచారమును అందుకుంటారు. ఆర్థిక సహాయం కొరకు మీరు అర్హులైతే కూడా మీకు లిఖిత పూర్వకంగా తెలియజేయబడుతుంది.
- * ఆర్థిక సహాయం కొరకు దరఖాస్తు చేసే రోగులు స్థానిక, రాష్ట్ర లేదా సమాఖ్య ప్రోగ్రాంల నుండి నిధులకు అర్హులు కావచ్చు. ఆర్థిక సహాయం పొందగల అర్హత నిర్ధారణకు ముందే రోగులు అలాంటి ప్రోగ్రాంలకు దరఖాస్తు చేయాలని ఆశించడమైనది. అలాంటి ప్రోగ్రాంల కొరకు దరఖాస్తు చేయడంలో Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood వ్యక్తులకు సహాయం అందిస్తుంది. అలాంటి ప్రోగ్రాంలకు దరఖాస్తు చేయడంలో వైఫల్యం, రోగి యొక్క ఆర్థిక సహాయం దరఖాస్తు యొక్క పరిశీలనపై ప్రతికూల ప్రభావం చూపవచ్చు.
- * Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance మరియు ఏవైనా ఇతర స్థానిక, రాష్ట్ర లేదా సమాఖ్య కవరేజితో పాటు సాధ్యమైన అన్ని బీమా కవరేజిలకు నేను దరఖాస్తు చేసుకున్నాననే వాస్తవాన్ని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.
- * ఆర్థిక సహాయం కొరకు నేను అర్హత పొందకపోతే, సంరక్షణ యొక్క ఖర్చుకు బాధ్యత నాదే అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

రోగి/హామీదారు సంతకం

తేదీ

ఈ దరఖాస్తును నింపిన తరువాత, దీన్ని మెయిల్ చేయండి మరియు సపోర్టింగ్ దస్తావేజులు అన్నింటినీ వీరికి పంపండి:

Patient Business Office
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
Attention: Financial Assistance

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

వెనుక వైపున చూడండి

MEMORIAL
HERMANN

వెనుక వైపున చూడండి