



0332E

वित्तीय सहायता आवेदन संबंधी निर्देश

1. कृपया संलग्न आवेदन पत्र में **सभी** क्षेत्रों को भरें। अगर कोई भी क्षेत्र आप पर लागू नहीं होता तो दिए गए स्थान पर लागू नहीं लिखें।
2. अगर किसी प्रश्न का उत्तर देने के लिए आपको अधिक जगह चाहिए तो एक अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।
3. आपको यह आवेदन पत्र जमा करते समय आय के दस्तावेजों का साक्ष्य प्रदान करना होगा। आय के साक्ष्य के रूप में निम्न दस्तावेज स्वीकार किए जाते हैं:

अगर आपने संघीय आय कर रिटर्न भरा है तो आपको निम्न की एक प्रति जमा करनी होगी:

- a. हाल के वर्ष का संघीय आय कर रिटर्न (प्रपत्र 1040)। आपको सभी शेड्यूल और आंतरिक आय सेवा को दिए गए सभी संलग्नक भी शामिल करने होंगे।

अगर आपने संघीय आय कर रिटर्न नहीं भरा है तो कृपया निम्न चीजें प्रदान करें:

- a. दो (2) हाल के पेचेक स्टब; और
- b. एक पत्र, जिसमें बताया गया हो कि आप संघीय आय कर रिटर्न क्यों नहीं भरते हैं।

अगर आपकी कोई आय नहीं है या आय दस्तावेजों का साक्ष्य नहीं है तो कृपया एक पत्र दें, जिसमें बताया गया हो कि आप अपना/अपने परिवार का भरण-पोषण कैसे करते हैं।

4. सहायता के लिए आपके आवेदन पत्र पर तब तक कार्रवाई नहीं हो सकती, जब तक सारी आवश्यक जानकारी नहीं दी जाती।
5. यह महत्वपूर्ण है कि आप वित्तीय सहायता आवेदन पत्र भरें और सभी आवश्यक संलग्नकों के साथ **चौदह (14) दिनों** के भीतर जमा करें।
6. आपको वित्तीय सहायता आवेदन पत्र पर हस्ताक्षर करके दिनांक लिखनी होगी। अगर रोगी/जिम्मेदार पक्ष और पति/पत्नी जानकारी प्रदान करते हैं तो दोनों को आवेदनपत्र पर हस्ताक्षर करना होगा।
7. Patient Business Office (909) 651-4177 पर रोगी व्यवसाय कार्यालय को सोमवार से गुरुवार तक सुबह 9:00 बजे से शाम 5:00 बजे के बीच और शुक्रवार को सुबह 9:00 बजे से दोपहर 2:00 बजे के बीच कॉल करें (सप्ताहांत और छुट्टियों को छोड़कर)। सप्ताहांत, छुट्टियों और कार्यालय के समय के बाद, कृपया सहायता के लिए किसी भी पंजीकरण प्रतिनिधि से संपर्क करें।
8. अपना पूरा भरा हुआ वित्तीय सहायता आवेदन पत्र और सभी आवश्यक दस्तावेज निम्न पते पर भेजें:

Loma Linda University Behavioral Medicine Center
Patient Business Office
P.O. Box 700
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

वित्तीय सहायता आवेदन संबंधी निर्देश

पृष्ठ 3 में से 1

रोगी पहचान

वित्तीय सहायता आवेदन संबंधी निर्देश

इस प्रपत्र का उद्देश्य Loma Linda University Behavioral Medicine Center की परोपकार में इलाज/भुगतान में छूट की नीति के अनुसार वित्तीय सहायता के लिए रोगी/जिम्मेदार पक्ष की पात्रता निर्धारित करना है।

रोगी/जिम्मेदार पक्ष

(गारंटी देने वाला व्यक्ति) का नाम _____

पति/पत्नी का

नाम _____

पता

फ़ोन

घर: _____

पेशा: _____

सामाजिक सुरक्षा नंबर

रोगी/जिम्मेदार पक्ष _____

पति/पत्नी _____

पारिवारिक स्थिति (सभी आश्रितों की सूची बनाएँ, जिनका खर्च आप वहन करते हैं)

नाम	उम्र	संबंध

रोजगार की स्थिति

रोगी/जिम्मेदार पक्ष

नियोक्ता

रोगी/जिम्मेदार पक्ष _____

पद _____

नियोक्ता _____

संपर्क व्यक्ति _____

नियोक्ता का संपर्क पता _____

टेलीफ़ोन _____

पति/पत्नी का नियोक्ता

पति/पत्नी का पद _____

नियोक्ता _____

संपर्क व्यक्ति _____

नियोक्ता का संपर्क पता _____

टेलीफ़ोन _____



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

वित्तीय सहायता आवेदन संबंधी निर्देश

पृष्ठ 3 में से 2

रोगी पहचान

इनकमिंग

	रोगी/गारंटी देने वाला व्यक्ति	पति/पत्नी
1. संपूर्ण पारिश्रमिक और वेतन/वर्ष (कटौती से पूर्व)	\$ _____	\$ _____
2. स्व-रोजगार से प्राप्त आय/वर्ष	\$ _____	\$ _____
3. अन्य आय:		
a. ब्याज और लाभांश	\$ _____	\$ _____
b. रियल एस्टेट का किराया और पट्टा	\$ _____	\$ _____
c. सोशल सिक्योरिटी नंबर	\$ _____	\$ _____
d. तलाक के बाद मिलने वाला निर्वाह व्यय	\$ _____	\$ _____
e. शिशु पालन पर व्यय	\$ _____	\$ _____
f. बेरोजगारी/विकलांगता	\$ _____	\$ _____
g. जन सहयोग	\$ _____	\$ _____
h. सभी अन्य स्रोत (सूची संलग्न करें)	\$ _____	\$ _____
कुल आय (ऊपर 1 - 3h पंक्तियाँ जोड़ें)	\$ _____	\$ _____

असामान्य व्यय

कृपया चिकित्सकीय बिल, दिवालियापन, न्यायालय के निर्णय या निपटारा पर भुगतान जैसे किसी असामान्य व्यय संबंधी जानकारी प्रदान करें (आवश्यकतानुसार सूची संलग्न करें)।

वर्णन	राशि

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं/हम घोषित करता हूँ/करती हूँ/करते हैं कि दी गई सभी जानकारी मेरे/हमारे ज्ञान में सही है और सत्य है। मैं/हम इस आवेदन में दी गई किसी जानकारी को सत्यापित करने के लिए LLUBMC को प्राधिकृत करता हूँ/करती हूँ/करते हैं। मैं/हम अपने नियोक्ता से संपर्क करने की अनुमति प्रदान करता हूँ/करती हूँ/करते हैं।

रोगी/जिम्मेदार पक्ष का हस्ताक्षर

रोगी से संबंध

दिनांक

पति/पत्नी का हस्ताक्षर

दिनांक



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

वित्तीय सहायता आवेदन संबंधी निर्देश

पृष्ठ 3 में से 3

रोगी पहचान