# सोनोमा वैली अस्पताल – वित्तीय सहायता आवेदन

*(चैरिटी केयर और डिस्काउंट भुगतान / भुगतान योजना कार्यक्रम)*

## अस्पताल बिल का भुगतान करने में मदद

सोनोमा वैली अस्पताल उन मरीजों को वित्तीय सहायता प्रदान करता है जो चिकित्सकीय रूप से आवश्यक अस्पताल सेवाओं का भुगतान करने में सक्षम नहीं हैं। **सहायता सभी के लिए उपलब्ध है, चाहे आव्रजन स्थिति कुछ भी हो।**

## कृपया वह कार्यक्रम चुनें जिसके लिए आप आवेदन कर रहे हैं:

**☐ चैरिटी केयर (नि:शुल्क देखभाल – 100% माफ)**
**☐ डिस्काउंट भुगतान / भुगतान योजना**

**नोट:** पात्र होने पर मरीज दोनों कार्यक्रमों के लिए आवेदन कर सकते हैं। प्रत्येक कार्यक्रम की पात्रता और दस्तावेज़ आवश्यकताएँ अलग हैं।

# मरीज की जानकारी

मरीज का नाम: ____________________________________________________________
खाता संख्या/संख्या: ______________________________________________________
मेडिकल रिकॉर्ड नंबर (MRN): ____________________________________________
गारंटर नंबर (यदि लागू हो): ______________________________________________
पता: ______________________________________________________________________
शहर / राज्य / पिन कोड: ___________________________________________________
फोन नंबर: ________________________________________________________________

# परिवार की जानकारी

परिवार का आकार: _____
*(स्वयं, जीवनसाथी/साथी और कराधान के अंतर्गत बच्चों को शामिल करें)*

कृपया अपने हालिया कर विवरण में सूचीबद्ध आश्रितों की जानकारी दें:

नाम | उम्र | संबंध
_____ | _____ | _____
_____ | _____ | _____

*(आवश्यक होने पर अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।)*

# रोजगार की जानकारी

मरीज का नियोक्ता: ______________________________________________
पद: ___________________________________________________________

जीवनसाथी/साथी का नियोक्ता: ____________________________________
पद: ___________________________________________________________

# परिवार की आय की जानकारी

कृपया **सभी वयस्क परिवार के सदस्यों** की वर्तमान सकल मासिक आय सूचीबद्ध करें:

1. वेतन / मजदूरी: ____________________________________________
2. स्वरोजगार / व्यवसाय आय: _____________________________________
3. सोशल सिक्योरिटी / विकलांगता / रिटायरमेंट: ______________________
4. अन्य आय (स्पष्ट करें): _________________________________________

**परिवार की कुल मासिक आय:** ______________________________________

# आवश्यक दस्तावेज़

## चैरिटी केयर के लिए आवेदन करने वाले:

• सभी वयस्क परिवार के सदस्यों के लिए निम्नलिखित में से **एक** दस्तावेज़ प्रस्तुत करें:
o हाल के वेतन पर्चे (पहले बिल की तारीख से 6 महीने पहले या बाद में)
o हाल का संघीय आयकर रिटर्न (पहले बिल के कैलेंडर वर्ष के लिए या पिछले 12 महीनों में)
o हस्ताक्षरित विवरण जिसमें बताया गया हो कि परिवार को आर्थिक रूप से कैसे सहारा मिलता है (यदि कर दाखिला नहीं किया गया है)

## डिस्काउंट भुगतान के लिए आवेदन करने वाले:

• सभी वयस्क परिवार के सदस्यों के लिए निम्नलिखित में से **एक** दस्तावेज़ प्रस्तुत करें:
o हाल के वेतन पर्चे (पहले बिल की तारीख से 6 महीने पहले या बाद में)
o हाल का संघीय आयकर रिटर्न (पहले बिल के कैलेंडर वर्ष के लिए या पिछले 12 महीनों में)

• यदि जानकारी में विरोधाभास नहीं है, तो अस्पताल एक से अधिक दस्तावेज़ की मांग नहीं करेगा।

## भुगतान योजना की जानकारी

*(केवल डिस्काउंट भुगतान के लिए)*

• अस्पताल परिवार की आय और आवश्यक जीवन व्यय के आधार पर भुगतान योजना की शर्तों पर वार्ता करेगा।
• यदि समझौता नहीं हो पाता, तो एक उचित भुगतान योजना पेश की जाएगी जिसमें मासिक भुगतान **परिवार की मासिक आय का 10% से अधिक नहीं होगा** (आवश्यक जीवन व्यय को छोड़कर)।

## प्रमाणन

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि प्रदान की गई जानकारी पूर्ण और सटीक है। मैं समझता/समझती हूँ कि सोनोमा वैली अस्पताल पात्रता निर्धारित करने के लिए अतिरिक्त दस्तावेज़ मांग सकता है। इस आवेदन को जमा करना स्वीकृति की गारंटी नहीं है।

मरीज या गारंटर का हस्ताक्षर: ______________________ तिथि: __________
जीवनसाथी/साथी का हस्ताक्षर: ________________________ तिथि: __________

## जमा करने का पता

**सोनोमा वैली अस्पताल – रोगी लेखा / वित्तीय सहायता**
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

फोन: **707-935-5325** | फैक्स: **707-935-5319**