

अनुदेश: कृपया नीचे दिए गए सभी खाली स्थानों को भरें। यदि कोई मद लागू न होती हो, तो कृपया "लागू नहीं" लिखें। आपकी मौजूदा स्थिति पर लागू होने वाले निम्नलिखित सभी की फोटोप्रतियां संलग्न करें: **1.** YTD आय की सूचना दर्शाने वाले सबसे हाल के वेतन चेक का(के) हिस्सा (हिस्से); **2.** सभी संलग्नकों सहित आयकर की सबसे हाल की नवीनतम विवरणी; **3.** सामाजिक सुरक्षा चेक या पात्रता-पत्र या बैंक की विवरण, यदि सीधे जमा किया हो; **4.** बेरोजगारी पारितोषिक का पत्र; **5.** हैरिस हेल्थ सिस्टम गोल्ड कार्ड। यदि बेरोजगार हों तथा आय और/या आजीविका के खर्चों के लिए दूसरों पर आश्रित हों, तो कृपया कर की विवरणी में आश्रित के रूप में सूचीबद्ध होने की स्थिति में समर्थन-पत्र और कर की विवरणी की प्रति लगाएं। यदि आपके कोई प्रश्न हैं या इस आवेदनपत्र को भरने के लिए अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया केंद्रीकृत व्यावसायिक कार्यालय (Centralized Business Office) से सोमवार से शुक्रवार तक सुबह 7 बजे से शाम 7 बजे तक, शनिवार को सुबह 8 बजे से दोपहर 12 बजे तक 877-493-3228 पर संपर्क करें। कृपया भरा गया आवेदनपत्र और सहायक दस्तावेज पेशेंट ऐक्सेस टीम के किसी सदस्य को लौटाएं या \$832 ) 667-5995 पर फैक्स भेजें या Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450 को

रोगी का नाम (कृपया स्पष्ट लिखें)

सामाजिक सुरक्षा नंबर के अंतिम चार अंक

पत्नी/पति/माता/पिता/अभिभावक का नाम (कृपया स्पष्ट लिखें)

सामाजिक सुरक्षा नंबर

घर का पता

फोन नंबर \_\_\_\_\_ जन्म-तिथि \_\_\_\_\_ वैवाहिक स्थिति \_\_\_\_\_

अनुरोध की गई सेवा(एँ):

खाता नंबर: \_\_\_\_\_ सेवा की तारीखें: \_\_\_\_\_

घर में रहने वाले 18 वर्ष से कम आयु के बच्चों की संख्या: \_\_\_\_\_ आश्रितजनों के नाम

सगे-संबंधी \_\_\_\_\_

सौतेले बच्चे \_\_\_\_\_

गैर-संबंधी \_\_\_\_\_

इनके संरक्षक: \_\_\_\_\_

मासिक आवास: \_\_\_\_\_  
व्यय किराए का \_\_\_\_\_  
स्वयं का \_\_\_\_\_  
भुगतान किया गया \_\_\_\_\_  
मासिक भुगतान \$ \_\_\_\_\_

जनोपयोगी सेवाएं: \_\_\_\_\_  
बिजली \$ \_\_\_\_\_  
पानी \$ \_\_\_\_\_  
गैस \$ \_\_\_\_\_

ऑटोमोबाइल्स: \_\_\_\_\_  
खुद के/# \_\_\_\_\_  
पट्टे पर/# \_\_\_\_\_  
मासिक भुगतान \$ \_\_\_\_\_

रोगी

पत्नी/पति/अन्य

नियोक्ता \_\_\_\_\_

पूर्णकालिक रोजगार प्राप्त  
अंशकालिक रोजगार प्राप्त  
बेरोजगार/सेवानिवृत्त/विकलांग  
काम पर लौटने में असमर्थ  
गृहिणी

नियोक्ता \_\_\_\_\_

पूर्णकालिक रोजगार प्राप्त  
अंशकालिक रोजगार प्राप्त  
बेरोजगार/सेवानिवृत्त/विकलांग  
काम पर लौटने में असमर्थ  
गृहिणी

परिवार की कुल आय\*\$ \_\_\_\_\_/माह (आवेदन-पत्र के साथ आय का/के सबूत भेजें)

\* सभी मजदूरियां, खेत या स्व-रोजगार, सार्वजनिक सहायता, सामाजिक सुरक्षा, बेरोजगार/कामगार क्षतिपूर्ति, रिटायरमेंट, हड़ताली लाभ, गुजारा-भत्ता, बाल सहायता, सैन्य आवंटन, पेंशन, लाभार्थियों से आय, व्याज, किराये की सम्पत्ति तथा आय के अन्य विविध स्रोत शामिल हैं।

बैंक के खाते/अन्य सम्पत्तियां:

जांच खाता	हाँ	नहीं	बकाया राशि	\$ _____
बचत खाता	हाँ	नहीं	बकाया राशि	\$ _____
स्टॉक/बॉण्ड आदि	हाँ	नहीं	बकाया राशि	\$ _____
अतिरिक्त सम्पत्ति	हाँ	नहीं	वर्णन करें	_____

मैं सत्यापित करता/करती हूँ कि उपर्युक्त सूचना मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सच्ची और सटीक है। यह स्पष्ट है कि ऊपर मांगी गई सारी सूचना प्रदान करने में विफल रहने पर कार्यक्रम के अंतर्गत किसी भी वित्तीय राहत के अयोग्य माना जा सकता है। इसके अलावा, यदि लागू हुआ, तो मैं सरकारी सहायता के लिए आवेदन करूंगा/करूंगी, ऐसी सहायता लेने के लिए उपयुक्त कार्रवाई करूंगा/करूंगी तथा HM को अपने आवेदन के परिणाम के बारे में सूचित करूंगा/करूंगी। मैं (हम) अपने द्वारा दिए गए बयान(नों) का सत्यापन करने के लिए HM को किसी भी संसाधन से सूचना प्राप्त करने की सहमति देते हैं।

(रोगी/आवेदक के हस्ताक्षर)

(तारीख)