

टफ्ट्स मेडिसिन प्रत्येक रोगी को सर्वोत्तम देखभाल प्रदान करने में गर्व महसूस करता है। टफ्ट्स मेडिसिन आपातकालीन और चिकित्सीय रूप से आवश्यक देखभाल के लिए भुगतान करने में असमर्थ रोगियों को अपनी वित्तीय सहायता नीति के माध्यम से वित्तीय सहायता प्रदान करता है। टफ्ट्स मेडिसिन वित्तीय सहायता का उद्देश्य गैर-चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल को कवर करना नहीं है। इसका उद्देश्य बीमा सह-भुगतान, सह-बीमा, या कटौतियों पर छूट प्रदान करना भी नहीं है।

जिन मरीजों के पास साधन हैं उनसे टफ्ट्स मेडिसिन में प्राप्त सेवाओं के लिए भुगतान करने की अपेक्षा की जाती है। हालांकि, वित्तीय सहायता के लिए पात्रता आपके लिए उपलब्ध है। मरीजों को टफ्ट्स मेडिसिन वित्तीय सहायता कार्यक्रम के लिए आवेदन करने से पहले किसी भी उपलब्ध सरकारी सहायता कार्यक्रम, जैसे मासहेल्थ, कनेक्टरकेयर, या हेल्थ सेफटी नेट के लिए आवेदन करने के लिए दृढ़ता से प्रोत्साहित किया जाता है। **जिस सरकारी सहायता कार्यक्रम के लिए आप संभावित रूप से योग्य हैं, उसके लिए आवेदन करने में विफलता के परिणामस्वरूप आपके आवेदन में देरी या अस्वीकृति हो सकती है।** यदि आपको सरकारी सहायता कार्यक्रमों के लिए आवेदन करने में सहायता की आवश्यकता है, तो हमारे टफ्ट्स मेडिसिन वित्तीय समन्वयकों में से एक आपकी मदद कर सकते हैं।

वित्तीय सहायता कार्यक्रमों के लिए आपकी योग्यता इस वित्तीय सहायता आवेदन को आपके द्वारा पूर्ण और सटीक रूप से पूरा करने पर निर्भर है।

### निर्देश

कृपया वित्तीय सहायता आवेदन को पूरी तरह से पूरा करें और सभी आवेदकों के लिए निम्नलिखित दस्तावेजों की प्रतियाँ शामिल करें। 30 दिनों के भीतर सभी आवश्यक दस्तावेज वापिस न करने पर आवेदन अस्वीकार कर दिया जाएगा। कृपया जमा किए गए किसी भी दस्तावेज की प्रतियाँ संलग्न करें क्योंकि दुर्भाग्य से उन्हें वापिस नहीं किया जा सकता है।

- आवेदन के सभी लागू अनुभागों को पूरा करें और पृष्ठ 4 पर शपथ पत्र पर हस्ताक्षर करना सुनिश्चित करें
- अपने ड्राइवर लाइसेंस, अन्य फोटो पहचान या आपके वर्तमान निवास को सत्यापित करने वाले दस्तावेज की एक प्रति शामिल करें। दर्ज की गई किसी भी चीज़ में आपका नाम अवश्य शामिल होना चाहिए।
- अपने बीमा कार्ड की एक प्रति शामिल करें
- आय सत्यापन के कुछ प्रकार शामिल करें:
  - अपने नवीनतम W-2(s) की एक प्रति शामिल करें
  - यदि आपकी आय में हाल ही में कोई बदलाव हुआ है, तो हालिया वेतन स्टब्स (न्यूनतम 4), बेरोज़गारी विवरण, बैंक/निवेश विवरण, और/या सामाजिक सुरक्षा विवरण जैसे दस्तावेज शामिल करें।
- यदि रोगी की मृत्यु हो गई है, तो कृपया मृत्यु प्रमाण पत्र की एक प्रति और संपत्ति की स्थिति बताने वाला एक पत्र प्रदान करें

प्रश्नों के लिए, कृपया टफ्ट्स मेडिसिन वित्तीय समन्वय विभाग से यहाँ संपर्क करें:

[tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](https://tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)  
978-973-6700

या व्यक्तिगत रूप से निम्नलिखित टफ्ट्स मेडिसिन स्थानों पर:

- टफ्ट्स मेडिकल सेंटर  
बीवेंड बिल्डिंग, पहली मंजिल  
260 ट्रीमोंट स्ट्रीट बोस्टन, एमए 02111
- टफ्ट्स मेडिकल सेंटर  
प्रोगर बिल्डिंग, पहली मंजिल  
800 वाशिंगटन स्ट्रीट बोस्टन, एमए 02111
- लोवेल जनरल अस्पताल  
दाहोद बिल्डिंग, ग्राउंड फ्लोर  
295 वर्नम एवेन्यू लोवेल, एमए 01854
- लोवेल जनरल अस्पताल  
सेंट्स कैपस  
1 हॉस्पिटल ड्राइव, ग्राउंड फ्लोर  
लोवेल, एमए 01852
- मेलरोज़वेकफील्ड अस्पताल  
585 लेबनान स्ट्रीट, सुइट 101  
मेलरोज़, एमए 021766
- लॉरेंस मेमोरियल अस्पताल  
अर्जेंट केयर के पास ग्राउंड फ्लोर  
170 गवर्नर्स एवेन्यू  
मेडफोर्ड, एमए 02155

आपके पूर्ण निवेदन यहाँ भेजें:

टफ्ट्स मेडिकल सेंटर  
वित्तीय समन्वय  
800 वाशिंगटन स्ट्रीट, बॉक्स 475  
बोस्टन, एमए 02111

## 1 रोगी/आवेदक के बारे में

कृपया रोगी और/या आवेदक के बारे में इस अनुभाग को पूरा करें।

**आवश्यक दस्तावेज़:** कृपया निवास की पुष्टि करने वाले दस्तावेज़ शामिल करें: ड्राइवर लाइसेंस, अन्य फोटो पहचान या दस्तावेज़ जो आपके वर्तमान निवास को साबित करते हैं। दर्ज की गई किसी भी चीज़ में रोगी का नाम शामिल होना चाहिए।

आज की तिथि \_\_\_\_\_

रोगी का नाम \_\_\_\_\_

रोगी की जन्मतिथि \_\_\_\_\_

रोगी का सोशल सिक्युरिटी नंबर \_\_\_\_\_

रोगी का मेडिकल रिकॉर्ड नंबर \_\_\_\_\_

आवेदक का नाम \_\_\_\_\_

आवेदक का फ़ोन नंबर \_\_\_\_\_

आवेदक का पता \_\_\_\_\_

आवेदक या तो रोगी है या वह व्यक्ति है जो रोगी के लिए वित्तीय रूप से जिम्मेदार है।

जन्मतिथि प्रारूप: MM/DD/YYYY

### आपके निवास के बारे में

घर के सभी सदस्यों, उनकी जन्मतिथि और आवेदक से संबंध की सूची बनाएँ।

घर का सदस्य 1 \_\_\_\_\_

जन्मतिथि \_\_\_\_\_

रोगी के साथ नाता \_\_\_\_\_

घर का सदस्य 2 \_\_\_\_\_

जन्मतिथि \_\_\_\_\_

रोगी के साथ नाता \_\_\_\_\_

घर का सदस्य 3 \_\_\_\_\_

जन्मतिथि \_\_\_\_\_

रोगी के साथ नाता \_\_\_\_\_

घर का सदस्य 4 \_\_\_\_\_

जन्मतिथि \_\_\_\_\_

रोगी के साथ नाता \_\_\_\_\_

घर का सदस्य 5 \_\_\_\_\_

जन्मतिथि \_\_\_\_\_

रोगी के साथ नाता \_\_\_\_\_

हाँ  नहीं

क्या आपके पास यूनाइटेड स्टेट्स की नागरिकता है?

हाँ  नहीं

यदि नहीं, तो क्या आप स्थायी निवासी हैं, कानूनी रूप से अमेरिका में रहे रहे हैं\*?

\*यदि रोगी स्थायी निवासी है, तो आधिकारिक दस्तावेज़ की एक प्रति प्रदान करें।

## 2 बीमा जानकारी

कृपया रोगी के बीमा के बारे में इस अनुभाग को पूरा करें।

**आवश्यक दस्तावेज़:** यदि लागू हो, तो कृपया रोगी के बीमा कार्ड की एक प्रति, मेडिकेड से अधिसूचनाएँ, गैर-कवर सेवाओं की अधिसूचना, नेटवर्क सीमाओं के दस्तावेज शामिल करें। दर्ज की गई किसी भी चीज़ में रोगी का नाम शामिल होना चाहिए।

- हाँ  नहीं क्या आपने पिछले 6 महीनों के भीतर मेडिकेड आवेदन जमा किया है?
- हाँ  नहीं क्या आपके पास कोई लेबित या स्वीकृत मेडिकेड आवेदन है?
- हाँ  नहीं क्या आपका मेडिकेड आवेदन अस्वीकार कर दिया गया है?
- हाँ  नहीं क्या आपके पास चिकित्सा बीमा है?
- हाँ  नहीं क्या आपकी योजना टफ्ट्स मेडिसिन की सेवाओं को कवर करती है?
- हाँ  नहीं क्या कोई विशिष्ट सेवा आपकी बीमा कंपनी द्वारा कवर नहीं की जाती है?

यदि हाँ तो विवरण दें

---



---



---

### प्राथमिक बीमा जानकारी

बीमा नाम 

---

बीमा पता 

---

पॉलिसी/आईडी # 

---

ग्रुप# 

---

ग्राहक 

---

ग्राहक की जन्मतिथि 

---

 LL/LL/LLLLL

ग्राहक से नाता 

---

ग्राहक का नौकरी प्रदाता 

---

चालू होने की तिथि 

---

 LL/LL/LLLLL

### द्वितीयक बीमा सूचना

बीमा नाम 

---

बीमा पता 

---

पॉलिसी/आईडी # 

---

ग्रुप# 

---

ग्राहक 

---

ग्राहक की जन्मतिथि 

---

 LL/LL/LLLLL

ग्राहक से नाता 

---

ग्राहक का नौकरी प्रदाता 

---

चालू होने की तिथि 

---

 LL/LL/LLLLL

### 3 मासिक सकल आय और संपत्ति

कृपया रोगी और धारा 1 में सूचीबद्ध प्रत्येक घरेलू सदस्य जो काम करता है, की अर्जित आय और संपत्ति के बारे में इस अनुभाग को पूरा करें। कृपया सकल आय सूचीबद्ध करें, जो करों और कटौतियों से पहले की आय है।

आवश्यक दस्तावेज़: कृपया ऐसे दस्तावेज़ शामिल करें जो इस आय को सत्यापित करते हों: भुगतान स्टम्ब, आयकर, W2 विवरण, बैंक विवरण, ब्रोकरेज विवरण, या अन्य प्रमाण।

यदि रोगी और उसके परिवार के सदस्यों के पास कोई अर्जित आय या संपत्ति नहीं है तो धारा 3 को खाली छोड़ा जा सकता है।

#### घरेलू आय

	रोगी	घर का सदस्य 1	घर का सदस्य 2	घर का सदस्य 3	घर का सदस्य 4	(केवल सुविधा द्वारा उपयोग के लिए)
भाड़ा/वेतन/टिप्स						
बेरोज़गारी भत्ता						
सोशल सिक्युरिटी						
बाल सहायता + गुजारा भत्ता						
स्व-रोज़गार आय						
ब्याज/लाभांश आय						
पेंशन						
आईआरए/स्टॉक/बॉन्ड						
किराया आय						
ट्रस्ट भुगतान						
कर्मचारी भुगतान						
वैटरन भुगतान						

#### आय का अभाव विवरण

यदि आपकी कोई आय नहीं है और आपको किसी अन्य व्यक्ति द्वारा वित्तीय सहायता दी जा रही है, तो कृपया उन्हें पूरा करें और नीचे दिए गए विवरण पर हस्ताक्षर करें।

रोगी का नाम \_\_\_\_\_

की वर्तमान में कोई आय नहीं है। मैं वर्तमान में उन्हें भोजन, आश्रय और आवश्यक कपड़ों के साथ समर्थन दे रहा/रही हूँ। मैं उन्हें प्रति माह औसतन

\$ \_\_\_\_\_ की वित्तीय सहायता भी देता/देती हूँ।

समर्थन दाता के हस्ताक्षर

तिथि \_\_\_\_\_

#### घरेलू संपत्ति-चेकिंग और बचत खाते

खाते का प्रकार	बैंक/संस्था	बकाया

खाते का प्रकार: चेकिंग या सेविंग

## अन्य घरेलू गणनीय संपत्ति

खाते का प्रकार	बैंक/संस्था	बकाया
स्टॉक/बॉन्ड		
जमा का प्रमाण पत्र		
अमेरिकी बचत बॉन्ड		
स्वास्थ्य बचत खाता (एचएसए)		
बचत प्रमाणपत्र		
क्रिसमस या अवकाश क्लब		
अन्य		

## 4 चिकित्सीय कठिनाई

हो सकता है यह अनुभाग आपके लिए लागू ना हो। यदि आपके पास महत्वपूर्ण चिकित्सा बिल हैं तो कृपया इस अनुभाग को पूरा करें। टफ्ट्स मेडिसिन और अन्य प्रदाताओं से स्वास्थ्य देखभाल व्यय की सूची बनाएँ। दस्तावेज़ीकरण का अनुरोध किया जा सकता है लेकिन इस समय इसकी आवश्यकता नहीं है।

चिकित्सीय व्यय	कुल राशि	लागत कितनी बार आती है?	(केवल सुविधा के उपयोग के लिए)
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक	
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक	
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक	
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक	
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक	
		<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> मासिक <input type="checkbox"/> वार्षिक	

## शपथ पत्र - सभी आवेदकों को हस्ताक्षर करना होगा

मैं शपथ लेता/लेती हूँ (या पुष्टि करता/करती हूँ) कि इस फॉर्म पर दी गई सभी जानकारी मेरी सर्वोत्तम क्षमता, ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य, सही और पूर्ण है। मैं एक सप्ताह के भीतर टफ्ट्स मेडिसिन को आय, वित्तीय संसाधनों या इस फॉर्म में दर्शाई गई अन्य जानकारी में सभी परिवर्तनों की रिपोर्ट करने के लिए सहमत हूँ जो टफ्ट्स मेडिसिन में वित्तीय सहायता प्राप्त करने की मेरी पात्रता को प्रभावित कर सकते हैं। मैं समझता/समझती हूँ कि कार्यक्रम के लिए मेरे विवरण और पात्रता को सत्यापित करने के लिए मेरे क्रेडिट और अन्य वित्तीय जानकारी का संदर्भ लिया जा सकता है। मैं समझता/समझती हूँ कि छूट पर विचार करने के लिए मेरे पास सटीक और आवश्यक सहायक दस्तावेज़ जमा करने के लिए 30 दिन हैं।

वित्तीय सहायता प्राप्त करने के उद्देश्य से रोगी द्वारा दिए गए धोखाधड़ी वाले बयानों को मैसाचुसेट्स अटॉर्नी जनरल के कार्यालय को भेजा जाएगा। जो रोगी कार्यक्रम आवेदन में गड़बड़ी करते हैं, वे अब कार्यक्रम के लिए पात्र नहीं होंगे और कार्यक्रम में नामांकित होने के दौरान किए गए सभी शुल्कों के लिए पूर्वव्यापी रूप से जिम्मेदार माने जाएंगे, जिस दिन कार्यक्रम के तहत शुल्क लगाया गया था।

आवेदक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

तिथि  /  /

सभी आवेदकों को शपथ पत्र पर हस्ताक्षर करना होगा ताकि उनके आवेदन विचाराधीन किए जा सकें।