



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 या 800.890.6034 |  
फैक्स 682.236.4606

[THRFinancialAssistance@TexasHealth.org](mailto:THRFinancialAssistance@TexasHealth.org)

तारीख / Date: \_\_\_\_\_ गारंटी देने वाले का नाम / Guarantor Name: \_\_\_\_\_

रोगी का नाम / Patient Name: \_\_\_\_\_ सेवा की तारीख(खें) / Date(s) of Service: \_\_\_\_\_

खाता नम्बर / Account # \_\_\_\_\_ चिकित्सा रिकॉर्ड नम्बर / Medical Record # \_\_\_\_\_

प्रिय रोगी और/या गारंटी देने वाले-

आपको टेक्सास हेल्थ रिसोर्सिस वित्तीय सहायता आवेदन-पत्र संलग्न मिलेगा। इस एप्लिकेशन के पूरा करने पर हम आपके अस्पताल, चिकित्सक, या तत्काल देखभाल बिल(बिलों) के लिए वित्तीय सहायता पर विचार करने के लिए आपका खाता प्रस्तुत करने में सक्षम होंगे। यह केवल आपके टेक्सास हेल्थ हॉस्पिटल, टेक्सास हेल्थ ब्रिज अर्जेंट केयर, या टेक्सास हेल्थ फिजिशियन ग्रुप की बकाया शेष राशि के लिए है।

हम आपकी निजता की आकांक्षा को समझते हैं। तदनुसार, सत्यापन उद्देश्यों को छोड़कर, आपके आवेदन-पत्र में शामिल जानकारी को गोपनीय जानकारी माना जाएगा। इसे केवल टेक्सास स्वास्थ्य संसाधनों के भीतर जानने की आवश्यकता वाले लोगों के साथ ही साझा किया जाएगा।

कृपया आवेदन-पत्र पर दिये प्रत्येक आइटम को पूरा करें। यदि आपको किसी स्पष्टीकरण के लिए अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता है, तो कृपया आवेदन-पत्र के पिछले भाग का उपयोग करें।

आवेदन-पत्र पर कार्रवाई के लिए आय का प्रमाण देना आवश्यक है। कृपया नीचे स्वीकार्य दस्तावेज़ देखें। अनुरोधित दस्तावेज़ प्रदान न करने के परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता पर विचार करने से इनकार किया जा सकता है।

यह महत्वपूर्ण है कि आप इस आवेदन-पत्र को प्राप्त होने पर पूरा करें और इसे यथाशीघ्र लौटा दें।

यदि आपको इस आवेदन-पत्र को पूरा करने में कठिनाई हो रही है या कोई ऐसा क्षेत्र है जो अस्पष्ट है, तो कृपया हमारी टीम को कॉल करें। आपका आवेदन पूरा करने के लिए आपका सहयोग आवश्यक है।

आय के प्रमाण के लिए आवश्यक दस्तावेज़ आपकी वित्तीय परिस्थितियों पर निर्भर करेंगे।

आपके वित्तीय सहायता मामले का परिणाम निर्धारित करने के लिए निम्नलिखित में से किसी एक या सभी दस्तावेज़ों की आवश्यकता हो सकती है।

1. सभी रोज़गार से वेतन स्टब्स - प्रत्येक धारित नौकरी के लिए 3 वर्तमान वेतन स्टब्स।
2. सामाजिक सुरक्षा या पेंशन के स्टेटमेंट
3. स्व-रोज़गार को सबसे हाल ही में दाखिल किए गए कैलेंडर वर्ष से व्यक्तिगत कर रिटर्न और 3 महीने के विस्तृत व्यक्तिगत बैंक स्टेटमेंट प्रदान करने होंगे।
  - a. टैक्स रिटर्न = व्यक्तिगत 1040 प्लस शेड्यूल 1 और शेड्यूल 1 पर संदर्भित कोई अन्य शेड्यूल
4. प्रासंगिक समयावधि के दौरान सभी रोज़गार के लिए W-2 या 1099 स्टेटमेंट।
5. बेरोज़गारी लाभ - बेरोज़गारी क्षतिपूर्ति को मंजूरी देने या अस्वीकार करने वाले फॉर्म।
6. बच्चे के पालन-पोषण के लिए मिलने वाली आय का प्रमाण - अटॉर्नी जनरल सारांश को प्राथमिकता दी जाएगी।
7. उपलब्ध संसाधनों का प्रमाण - विस्तृत व्यक्तिगत बैंक स्टेटमेंट
8. Medicaid और/या राज्य-वित्त पोषित चिकित्सा सहायता के लिए पात्रता को मंजूरी देने या अस्वीकार करने वाले फॉर्म।
9. नियोक्ताओं या कल्याण एजेंसियों से लिखित बयान।
10. भोजन और आश्रय की आवश्यकताएं प्रदान करने वाली पार्टियों की ओर से हस्ताक्षरित समर्थन पत्र।
11. श्रमिक की क्षतिपूर्ति आय का प्रमाण
12. विकलांगता आय अल्पावधि या दीर्घकालिक विकलांगता आय का स्टेटमेंट
13. SNAP लाभों के लिए पात्रता को मंजूरी देने या अस्वीकार करने वाले फॉर्म।



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 या 800.890.6034 |  
फैक्स 682.236.4606

[THRFinancialAssistance@TexasHealth.org](mailto:THRFinancialAssistance@TexasHealth.org)

**वित्तीय सहायता के लिए आवेदन - पृष्ठ 1**

रोगी का नाम / Patient Name. अंतिम / Last पहला / First मध्य आद्याक्षर / MI

सामाजिक सुरक्षा संख्या / Social Security# जन्म तिथि / DOB: खाता नम्बर / Account#:

विवाहित / Married अविवाहित / Single तलाकशुदा / Divorced विधवा / Widowed विलग / Separated

क्या आपके नाबालिग बच्चे हैं (18 वर्ष से कम)? / Do you have minor children (under 18)?  
 क्या वे आपके साथ रहते हैं? / Do they live with you?  
 क्या वे आपके जन्मे/कानूनी रूप से गोद लिए गए बच्चे हैं? / Are they your birth/legally adopted children?  
 क्या रोगी कार्यरत है? / Patient Employed?  
 क्या जीवनसाथी कार्यरत है? / Spouse Employed?  
 क्या आपके पास चिकित्सा बीमा है? / Do you have medical insurance?  
 क्या आप हेल्थशेयर/लागत साझाकरण प्लान के सदस्य हैं? / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan?  
 क्या आप विकलांगता पर हैं? कितने समय से? / Are you on disability? How long?  
 क्या आप सेवानिवृत्त सैनिक हैं? / Are you a veteran?

**परिवार के सदस्य - (घर में रह रहे हैं)**

जीवनसाथी / Spouse:

बच्चा / Child. आयु / Age.  
 बच्चा / Child. आयु / Age.  
 बच्चा / Child. आयु / Age.  
 बच्चा / Child. आयु / Age.

**आय (मासिक राशि):**

	कुल आय / Gross	निवल / Net	खर्च / Expenses	मासिक राशि / Monthly Amount
रोगी / Patient	\$	\$	मॉर्गेज/किराया / Mortgage/Rent	\$
जीवनसाथी / Spouse	\$	\$	जनोपयोगी सेवाएं / Utilities	\$
आश्रित / Dependents	\$	\$	कार के भुगतान / Car Payments	\$
सार्वजनिक सहायता / Public Assistance	\$	\$	भोजन / किराने का सामान / Food / Groceries	\$
भोजन टिकट / Food Stamps	\$	\$	क्रेडिट कार्ड / Credit Cards	\$
सामाजिक सुरक्षा / Social Security	\$	\$	अन्य / Other (कृपया निर्दिष्ट करें / please specify)	\$
बेरोज़गारी लाभ / Unemployment	\$	\$		\$
हड़ताल लाभ / Strike Benefits	\$	\$		\$
कर्मचारी क्षतिपूर्ति / Worker's Compensation	\$	\$	<b>कुल / TOTAL</b>	\$
निर्वाह निधि / Alimony	\$	\$		\$
बच्चे का समर्थन / Child Support	\$	\$		\$
सैन्य आवंटन / Military Allotments	\$	\$		\$
पेंशन / Pensions	\$	\$		\$
इन से आय: CD's, किराया, लाभांश, ब्याज / Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest	\$	\$		\$
<b>कुल / TOTAL</b>	\$	\$		\$

**संपत्तियां**

चैकिंग खाता / Checking Account \$  
 बचत खाता / Savings Account \$  
 CD's, IRA's / CD's, IRA's \$  
 अन्य निवेश (स्टॉक, बांड, आदि) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.) \$  
 प्राथमिक निवास के अलावा अन्य संपत्ति/भूमि / Properties/Land other than primary residence \$



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 या 800.890.6034 |  
फैक्स 682.236.4606

[THRFinancialAssistance@TexasHealth.org](mailto:THRFinancialAssistance@TexasHealth.org)

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन - पृष्ठ 2

नियोक्ता का नाम / Name of Employer	_____	जीवनसाथी का नियोक्ता / Spouse's Employer.	_____
टेलीफोन नम्बर / Telephone #	_____	टेलीफोन नम्बर / Telephone #	_____
नियोक्ता का पता / Employer Address	_____	नियोक्ता का पता / Employer Address	_____
पेशा / Occupation	_____	पेशा / Occupation	_____

क्या आप मौजूदा समय पर Medicaid लाभ के लिए आवेदन कर रहे हैं? / Are you currently applying for Medicaid Benefits?  हाँ / Yes  नहीं / No

क्या आपने अपने काउंटी अस्पताल/निर्धन कार्यक्रम के जरिए सहायता के लिए आवेदन किया है? / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?  हाँ / Yes  नहीं / No

क्या आपका चिकित्सक अपनी सेवाएँ दान स्वरूप दे रहा है? / Is your physician donating his/her services?  हाँ / Yes  नहीं / No

क्या आपको दुर्घटना/घोट/बीमारी के लिए कोई संभावित रूप से उत्तरदायी तृतीय-पक्ष जिम्मेदार है? / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?  हाँ / Yes  नहीं / No

क्या कोई आपके टेक्सास हेल्थ बिलों के भुगतान में आपकी सहायता कर रहा है? / Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?  हाँ / Yes  नहीं / No

कोन आपकी सहायता कर रहा है? / Who is assisting you? \_\_\_\_\_

आपको कितनी सहायता मिल रही है? / How much assistance are you receiving? \_\_\_\_\_

किसी भी अन्य जानकारी की सूची बनाएँ जो आपको लगता है कि आपके टेक्सास हेल्थ के चिकित्सा बिलों के भुगतान में सहायता के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने में हमारे लिए उपयोगी होगी / List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills

आपकी बीमारी के कारण छुट्टी के दौरान आपको मिलने वाली अपेक्षित आय और/या धनराशि। / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (बीमारी की छुट्टी, सवैतनिक अवकाश, अल्प/दीर्घकालिक विकलांगता आय। / Sick leave, paid time off, short/long term disability income) \$ \_\_\_\_\_

अपेक्षित अवधि जब तक आप काम करने और/या मजदूरी अर्जित करने में असमर्थ रहेंगे / Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages. \_\_\_\_\_

मैं समझता/ती हूँ कि टेक्सास हेल्थ रिसोर्सिज इस एप्लिकेशन के मूल्यांकन के संबंध में इस एप्लिकेशन में निहित वित्तीय जानकारी को सत्यापित कर सकता है, और मैं इसके द्वारा टेक्सास हेल्थ को प्रदान की गई जानकारी को प्रमाणित करने और क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों से रिपोर्ट का अनुरोध करने के लिए मेरे नियोक्ता से संपर्क करने के लिए अधिकृत करता/ती हूँ। मुझे पता है कि इस जानकारी का उपयोग वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए किया जाएगा और इस आवेदन में जानकारी के मिथ्याकरण के परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता से इनकार किया जा सकता है। मैं यह भी समझता हूँ कि किसी तीसरे पक्ष या अन्य स्रोत से वसूली की स्थिति में किसी भी वित्तीय सहायता अनुमोदन को पूरी तरह या आंशिक रूप से वापस वसूल किया जा सकता है।

[केवल तृतीय पक्ष दायित्व] मैं यह भी समझता/ती हूँ कि मुझे प्राप्त होने वाली किसी भी वित्तीय सहायता देखभाल को मेरे द्वारा देय किसी भी राशि की प्रतिपूर्ति के लिए अस्पताल द्वारा अपने अस्पताल ग्रहणाधिकार की छूट के रूप में नहीं माना जाएगा और इस अस्पताल में भर्ती होने के संबंध में मुझे जो भी प्रतिपूर्ति प्राप्त होगी, उसे टेक्सास हेल्थ रिसोर्सिज को भेजा जाना ज़रूरी है।

अनुरोध करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि रोगी है /  
Signature of Person Making Request, If Patient

तारीख / Date

अनुरोध करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि रोगी नहीं है /  
Signature of Person Making Request, If Not Patient

संबंध / Relationship

रोगी का पता / शहर / राज्य / ज़िप / काउंटी /  
Patient's Address City State ZIP County

घर का टेलीफोन नंबर / Home Telephone Number