



## Saint Agnes Medical Center

हमारे वित्तीय सहायता कार्यक्रम में रुचि दिखाने के लिए आपका धन्यवाद। यदि आपने और/या आपके परिजन ने पिछले छः (6) महीनों के अंदर सेंट एग्नेस मेडिकल सेंटर में वित्तीय सहायता के लिए आवेदन किया हो, तो कृपया यह आवेदन पूर्ण करने से पहले (559) 450-3145 या (855) 224-5998 पर हमारे कार्यालय से संपर्क करें।

कृपया पूर्ण किए हुए आवेदन और नीचे सूचीबद्ध समस्त लागू दस्तावेज़ तीस (30) दिनों के अंदर हमें भेज दें:

**सभी चालू (चेकिंग), बचत और/या निवेश खातों के तीन (3) महीनों के पूर्ण, मदवार बैंक विवरण जिनमें जमाएं एवं आहरण दर्शाए गए हों। कृपया सभी डिपॉज़िट की व्याख्या प्रदान करें। (आवश्यक)**

**नीचे प्रलेखित के अनुसार अर्जित और/या अनर्जित आय का प्रमाण। (आवश्यक)**

1. स्वयं की, जीवनसाथी की एवं सभी आश्रितों की तीन (3) हाल की वेतन पर्चियां (पे स्टब) जिनमें भुगतान दर और किए गए कार्य के घंटे दर्शाए गए हों या
2. स्वयं का और जीवनसाथी का वर्तमान का या सबसे हाल में दायर की गई संघीय कर विवरणी (फ़ेडरल टैक्स रिटर्न) या
3. परिजनों/मित्रों से प्राप्त योगदान का विवरण जिनमें उल्लिखित हो कि जीवन निर्वाह के व्यय किस प्रकार वहन किए जा रहे हैं और
4. इनमें से कोई भी दस्तावेज़, जो भी स्वयं के लिए, जीवनसाथी के लिए एवं सभी आश्रितों के लिए लागू हो:
  - सबसे हाल की कर विवरणी (टैक्स रिटर्न), यदि स्वरोज़गारी हैं तो लाभ/हानि विवरण समेत
  - आश्रितों के सत्यापन के लिए सबसे हाल की कर विवरणी (टैक्स रिटर्न)
  - बेरोज़गारी लाभ विवरण
  - विद्यार्थी वित्तीय सहायता अनुदान पत्र
  - सार्वजनिक सहायता हेतु निर्धारण पत्र (उदा. कैलफ़्रेश (CalFresh), मेडि-कैल (Medi-Cal), आदि)
  - सामाजिक सुरक्षा और/या सामाजिक सुरक्षा अशक्तता अनुदान पत्र या चेक
  - अन्य किसी स्रोत से लाभांश, ब्याज एवं आय (उदा. किराये से आय, निर्वाह-व्यय (तलाक के बाद पूर्व-जीवनसाथी से प्राप्त), सेवानिवृत्ति लाभ आदि)।

यदि आप इनमें से कोई भी दस्तावेज़ प्रदान करने में असमर्थ हैं, तो कृपया एक व्याख्या पत्र दें जिसमें बताया गया हो कि ये दस्तावेज़ जमा क्यों नहीं किए गए हैं।



Saint Agnes Medical Center

कृपया वित्तीय सहायता आवेदन और समर्थक दस्तावेज़ यहां भेजें:

**Saint Agnes Medical Center**  
**Patient Business Services – Financial Services**  
**34375 W 12 Mile Rd**  
**Farmington Hills, MI 48331**

**भेजने की अंतिम तिथि: \_\_\_\_\_**

हमें पूर्ण आवेदन प्राप्त हो जाने के बाद प्रक्रमण (प्रोसेसिंग) के लिए कृपया लगभग 30 दिनों का समय दें। यदि आपको कोई प्रश्न पूछना हो या किसी अन्य भाषा में जानकारी चाहिए, तो कृपया नीचे सूचीबद्ध नंबर पर हमारे कार्यालय से संपर्क करें।

आदर सहित,

सेंट एग्नेस मेडिकल सेंटर

ग्राहक सेवा

(559) 450-3145 या (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

## व्यक्तियों को गैर-भेदभाव एवं सुगम्यता आवश्यकताओं के बारे में सूचित करने वाला नोटिस

सेंट एग्नेस मेडिकल सेंटर, प्रत्येक व्यक्ति की पवित्रता एवं गरिमा का सम्मान करता है, लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है, और संरक्षित वर्गों, जिनमें जाति/नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, अशक्तता या लिंग शामिल हैं पर वे इन्हीं तक सीमित नहीं हैं, के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

सेंट एग्नेस मेडिकल सेंटर: अशक्त लोगों को हमारे साथ प्रभावी ढंग से संवाद करने के लिए निःशुल्क सहायता एवं सेवाएं प्रदान करता है, जैसे:

- वीडियो एवं ऑडियो दुभाषिया तंत्र नेटवर्क के माध्यम से सुयोग्य संकेत भाषा एवं दुभाषिया सेवाएं।
- अन्य प्रारूपों जैसे विशाल प्रिंट, ऑडियो, सुगम्य इलेक्ट्रॉनिक एवं अन्य प्रारूपों में लिखित जानकारी।

ऐसे लोगों के लिए निःशुल्क भाषा सेवाएं प्रदान करना जिनकी मुख्य भाषा अंग्रेजी नहीं है, जैसे:

- सुयोग्य दुभाषिया सेवाएं
- अन्य भाषाओं में लिखित जानकारी

यदि आपको ये सेवाएं चाहिए तो सहायता के लिए हमसे (559) 450-3000 TTY (559) 450-3233 पर संपर्क करें

यदि आपका मानना है कि सेंट एग्नेस मेडिकल सेंटर ये सेवाएं देने में विफल रहा है या उसने जाति/नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, अशक्तता या लिंग के आधार पर किसी अन्य प्रकार से भेदभाव किया है, तो आप निम्नांकित पते पर स्वयं आकर, डाक द्वारा, फ़ैक्स द्वारा या ईमेल से शिकायत दर्ज करा सकते हैं:

Saint Agnes Medical Center, Attn: Risk Management  
1303 E. Herndon Ave., Fresno, CA 93720  
559-450-7475,

ईमेल: [Information@samc.com](mailto:Information@samc.com)

आप निम्नांकित पते पर वेब के माध्यम से इलेक्ट्रॉनिक ढंग से, डाक द्वारा या फोन द्वारा अमेरिकी स्वास्थ्य एवं मानव सेवाएं विभाग, नागरिक अधिकार कार्यालय (यू.एस. डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ एंड ह्यूमन सर्विसेज़, ऑफ़िस ऑफ़ सिविल राइट्स) के पास भी शिकायत दर्ज करा सकते हैं:

स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग

200 Independence Avenue, SW, Room a509F,  
HHH Building, Washington, DC 20201

वेब <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

फोन 1-800-368-1019 टीटीवाई 1-800-537-7697

### **Spanish**

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Tagalog**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Chinese**

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

### **Vietnamese**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Korean**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. )번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Armenian**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Russian**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हद बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पर कॉल करें | 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Japanese**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **French**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Panjabi**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ | 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Portuguese**

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **German**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Farsi**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما  
1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. با تماس بگیرید

### **Cambodian**

ប្រយ័ត្ន: លើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាគឺធរនសំបុំឈរអោយធូរ  
ទូរស័ព្ទ ។ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Thai**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร  
1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Lao**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,  
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Arabic**

-ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم - 1. هاتف الصم والبكم- 11 :  
559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Hmong**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau  
559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Samoan**

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua  
e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

### **Hawaiian**

E NĀNĀ MAI: Inā ho'opuka 'oe i ka 'ōlelo [ho'okomo 'ōlelo], loa'a ke kōkua manuahi iā 'oe.  
E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

## वित्तीय सहायता के लिए गोपनीय आवेदन

संबद्ध चिकित्सकों या अन्य प्रदाताओं द्वारा प्रदान की जाने वाली पेशेवर सेवाएं अलग से बिल की जा सकती हैं। वित्तीय सहायता का आवेदन उन प्रदाताओं के विवेकाधीन एवं उनकी नीतियों, कार्यविधियों एवं लागू विनियमों के अनुसरण में होता है। इस आवेदन में दी गई जानकारी, रोगी की सहायता करने के लिए संबद्ध प्रदाताओं को प्रदान की जा सकती है। सेंट एग्नेस मेडिकल सेंटर, प्रत्येक व्यक्ति की पवित्रता एवं गरिमा का सम्मान करता है, लागू संघीय एवं राज्य कानूनों का अनुपालन करता है, और संरक्षित वर्गों, जिनमें जाति/नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, अशक्तता या लिंग शामिल हैं पर वे इन्हीं तक सीमित नहीं हैं, के आधार पर भेदभाव नहीं करता है।

रोगी का नाम	जन्म तिथि		
गली का पता	टेलीफोन	संदेश फोन	
शहर/राज्य/जिप	सोशल सिक्योरिटी नंबर		
डाक पता (यदि अलग हो) या, यदि प्राथमिकता देते हों तो ईमेल			

**कृपया स्वयं की (यदि रोगी न हों), जीवनसाथी की एवं आश्रितों की निम्नांकित जानकारी प्रदान करें:**

नाम	एस.एस.एन.	जन्म तिथि	रोगी से संबंध

**कृपया वे सभी खाता संख्याएं एवं/या सेवा की तिथियां सूचीबद्ध करें जिन पर वित्तीय सहायता के लिए विचार किया जाना है:**

रोगी का नाम	खाता #	सेवा की तिथि	मेडिकल शेष

### स्वास्थ्य देखभाल बाज़ार में स्थिति

क्या आपने बीमा के लिए आवेदन किया है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	यदि हाँ, तो नाम/आई.डी.
यदि हाँ, तो आपने किसके माध्यम से आवेदन किया था?	<input type="checkbox"/> मेडिकएड - राज्य <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य एक्सचेंज/ Healthcare.gov <input type="checkbox"/> अन्य _____
क्या आपको किसी बीमा योजना के लिए अनुमोदन मिला था? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	
क्या आपने किसी बीमा योजना में नामांकन कराया है और प्रीमियम का भुगतान किया है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ	

### मौद्रिक आस्तियां

चालू (चेकिंग) खाता शेष	बैंक:	\$
बचत खाता शेष	बैंक:	\$

### रोज़गार

नियुक्त व्यक्ति	नियोक्ता	सकल वेतन अवधि	वेतन अवधियों की	वार्षिक सकल
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

### अन्य आय स्रोत

अन्य आय स्रोत	महीने में एक बार	वार्षिक
निर्वाह-व्यय (तलाक के बाद पूर्व-जीवनसाथी से प्राप्त)	\$	\$
सार्वजनिक सहायता कार्यक्रम प्रकार (उदा. नकद, फ़ूड स्टाम्प आदि)	\$	\$
सेवानिवृत्ति योजना से प्राप्त भुगतान	\$	\$
सामाजिक सुरक्षा / सामाजिक सुरक्षा अशक्तता	\$	\$
बेरोज़गारी या कर्मी क्षतिपूर्ति सप्ताह की सं.: _____ (आरंभ तिथि: _____ समाप्ति तिथि: _____ प्रति सप्ताह \$: _____)	\$	\$
अन्य आय (शेयर/बांड/वार्षिकी (एन्यूटी)/ब्याज/संपत्ति किराया)	\$	\$
अन्य आय (परिजनों, मित्रों, चर्च आदि से)	\$	\$

## आय का सत्यापन एवं पहचान

**यदि हमें अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता हुई तो आपको टेलीफोन, अमेरिकी डाक या ई-मेल द्वारा सूचित किया जाएगा।** मैं प्रमाणित करता/ती हूँ कि समस्त जानकारी मेरे सर्वश्रेष्ठ ज्ञान में सत्य एवं पूर्ण है। मैं समझता/ती हूँ कि दी गई जानकारी का सत्यापन किया जाएगा एवं उसे व्यक्तिगत तथा गोपनीय माना जाएगा। मैं कैलिफ़ोर्निया स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं विभाग (कैलिफ़ोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ केयर सर्विसेज़) से किसी भी एवं समस्त जानकारी के निर्मुक्त किए जाने को अधिकृत करता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि यदि लागू हो तो मुझे आय, व्यय, आश्रितों, बैंक विवरणों, भुगतान वाउचरों एवं कर विवरणों का सत्यापन प्रदान करना होगा। मैं यह भी समझता/ती हूँ कि यदि उपर्युक्त जानकारी मिथ्या दिखावे के तहत दी गई हो तो मैं सेंट एग्नेस मेडिकल सेंटर में जो भी सेवाएं प्रदान की गई हों उनके भुगतान के लिए देनदार होऊंगा/गी। मैं जानता/ती हूँ कि मैं केवल सेंट एग्नेस मेडिकल सेंटर से वित्तीय सहायता मांग रहा/ही हूँ, किसी अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या चिकित्सक से नहीं।

हस्ताक्षर:

तारीख:

जीवनसाथी का हस्ताक्षर (यदि लागू हो)

तारीख: