

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL

दान सेवा के लिए आवेदन

माता-पिता का नाम _____ जन्मतिथि _____

अंतिम

पहला

मध्य आद्याक्षर

पता _____

नंबर और सडक, अपा. #

शहर

राज्य

ज़िप

टेलिफोन नंबर (____) _____ व्यवसाय _____ नियोक्ता _____

नियोक्ता का पता _____ नियोक्ता का टेली. # _____

आय – आपकी. जीवनसाथी. और घर के अन्य सदस्यों की संयुक्त आय की सूची यहां से:

आय का प्रकार	अंतिम 3 माह का योग	अंतिम 12 माह का योग
वेतन		
स्व-रोज़गार आर्जन		
सार्वजनिक सहायता		
सामाजिक सुरक्षा		
बेरोजगारी/कामदारों की क्षतिपूर्ति		
गुजारा भत्ता		
बाल सहायता		
पेंशन		
लाभांश से आय		
योग		

अस्पताल अनुरोध करता है कि आप द्वारा ऊपर दर्ज आय की पुष्टि के लिए आप दस्तावेज जमा करें। दस्तावेजीकरण के उदाहरणों में अन्य चीजों के अलावा वेतन पत्र, नियोक्ता का पत्र, यदि लागू हो, फॉर्म 1040 शामिल हो सकता है।

परिवार आकार - आपके घर में रह रहे परिवार के सदस्य:

नाम	आयु	सम्बंध

ध्यान दें: यदि अतिरिक्त स्थान की ज़रूरत है, तो कृपया अतिरिक्त शीट संलग्न करें।

बिलिंग और कलेक्शन प्रक्रिया के दौरान किसी भी समय यह आवेदन अस्पताल में जमा किया जा सकता है।

आपके एक बार नीचे अस्पताल के पते पर पूरा आवेदन और सहायक दस्तावेज जमा करने पर, आप अपने आवेदन पर अस्पताल द्वारा कोई लिखित फैसला लेने तक किसी भी बिल की अनदेखी कर सकते हैं।

इस आवेदन को दान सेवा के लिए जमा करने के लिए, निम्नलिखित बयान को पढ़ें और जहां नीचे इंगित किया गया है वहां हस्ताक्षर करें।

मैं एतद्वारा अनुरोध करता/करती हूँ कि न्यूयॉर्क-प्रेसबिटेरियन अस्पताल दान सेवा के लिए मेरी पात्रता पर कोई लिखित निर्णय करे। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी ओर से प्रस्तुत अपनी वार्षिक आय और परिवार आकार से सम्बंधित जानकारी अस्पताल द्वारा सत्यापन के अधीन है। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि यदि मेरी ओर से प्रस्तुत जानकारी असत्य पाई गई, तो इस निर्धारण का परिणाम दान सेवा के लिए अस्वीकृति के रूप में होगा और मैं प्रदान की गई सेवाओं के शुल्कों के लिए जिम्मेदार हो सकता/सकती हूँ। मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार उपरोक्त सजानकारी सत्य और सही है। इसके अलावा, मैं एतद्वारा न्यूयॉर्क-प्रेसबिटेरियन अस्पताल को इस आवेदन से सम्बंधित किसी भी जानकारी के सत्यापन करने के लिए अपनी स्वीकृति देता/देती हूँ।

दिनांक _____ आवेदक के हस्ताक्षर _____ खाता # _____

पूर्ण आवेदन को यहाँपे भेजे:

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services

3 Expressway Plaza, Suite 200

Roslyn Heights, NY 11577

Att.: Jerome Fields

या फ़ैक्स करें: (516) 801-8504