NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS
दान सेवा के लिए आवेदन

माता-पिता का नाम _____ जन्म तिथि _____
अंतिम पहला मध्य आद्याक्षर

पता _____
नंबर और सडक, अपा. # शहर राज्य ज़िप

टेलिफोन नंबर (____)_____ व्यवसाय _____ नियोक्ता _____

नियोक्ता का पता _____ नियोक्ता का टेलिफोन # _____

आय – आपका, जीवनसाथी, और घर के अन्य सदस्यों का संयुक्त आय का सूची यहां से:

आय का प्रकार	अंतिम 3 माह का योग	अंतिम 12 माह का योग
वेतन		
स्व-रोज़गार आजीव		
सावधानिक सहायता		
सामाजिक सुरक्षा		
बेरोजगारी/कामदारी का मुनिपूर्ति		
गुजारा भत्ता		
बाल सहायता		
पेंशन		
लाभांश से आय		
संसाधन (बैंक खाते, निवेश, कर्ज, इत्यादि)		
योग		

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

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

नाम	आयु	संबंध

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 का 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 एतद्द्वारा अनुरोध करता/करती हूं 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 संबंधित जानकारी अस्पताल द्वारा सत्यापन के अधीन है। मैं यह भी समझता/समझती हूं 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 दान की गई सेवाओं के शुल्क के लिए जिम्मेदार हो सकता/सकती हूं। मैं पुष्टि करता/करती हूं कि मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार उपरोक्त सजानकारी सत्य और सही है। इसके अलावा, मैं एतद्द्वारा न्यूयॉर्क-प्रेसबिटेरियन अस्पताल को इस आवेदन से संबंधित किसी भी जानकारी के सत्यापन करने के लिए अपनी स्वीकृति देता/देती हूं।

दिनांक _____ आवेदक के हस्ताक्षर _____ खाता # _____

पूर्ण आवेदन को यहाँ पे भेजे:

NewYork-Presbyterian Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att.: George Plunkett
या फैक्स करें: (516) 801-8504