

## NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS

## वित्तीय सहायता हेतु आवेदन

माता-पिता का नाम \_\_\_\_\_ जन्मतिथि \_\_\_\_\_  
 अंतिम पहला बीच का नाम

पता \_\_\_\_\_  
 सड़क का नंबर, अपार्टमेंट # शहर राज्य ज़िप

टेलीफोन नंबर ( ) व्यवसाय नियोक्ता

नियोक्ता का पता \_\_\_\_\_ नियोक्ता का टेलीफोन # \_\_\_\_\_

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

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

अस्पताल आपसे अनुरोध करता है कि ऊपर दर्ज आय की पुष्टि के लिए आप प्रामाणिक जमा करें। दस्तावेजीकरण के उदाहरणों में अन्य चीजों के अलावा वेतन प्रपत्र, नियोक्ता का पत्र (यदि लागू हो तो) एवं फॉर्म 1040 शामिल हो सकता है।

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

नाम	आयु	सम्बन्ध

ध्यान दें: यदि अतिरिक्त स्थान की ज़रूरत हो, 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 दिए गए 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।

वित्तीय सहायता हेतु इस आवेदन को जमा करने के लिए, कृपया निम्नलिखित कथनों को पढ़ें तथा नीचे जहां इंगित हों, वहां पर हस्ताक्षर करें।

मैं एतद्वारा अनुरोध करता हूँ कि NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS, वित्तीय सहायता हेतु मेरी पात्रता का लिखित निर्धारण (प्रमाण) प्रदान करें। 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 आर्थिक सहायता 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 जानकारी सत्य और सही है। इसके अलावा मैं एतद्वारा NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS को इस आवेदन से सम्बंधित किसी भी जानकारी का सत्यापन करने के लिए अपनी स्वीकृति देता/देती हूँ।

दिनांक \_\_\_\_\_ आवेदक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ खाता # \_\_\_\_\_

पूर्ण आवेदन इस पते पर भेजना है:

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services  
 100 Jericho Quadrangle, Suite 202  
 Jericho, NY 11753  
 ध्यानार्थ: वित्तीय सहायता विभाग  
 या इस नंबर पर फ़ैक्स करें: (516) 801-8504