

**ఆర్థిక సమాచార పత్రం / ఆర్థిక సహాయం దరఖాస్తు**

ఈ పత్రం పూర్తి చేయడంలో సహాయం కొరకు లేదా మీకేమైనా సందేహాలు ఉన్నట్లయితే, దయచేసి 713.338.5502 లేదా 800.526.2121 నంబర్లకు కాల్ చేసి -- 5 నోక్కండి

రోగి పేరు:	ఫోన్:
రోగి వీధి చిరునామా:	నగరం, రాష్ట్రం, జిప్ కోడ్
అకౌంట్ నంబర్(లు):	సర్వీసు తేదీ(లు):

సూచనలు: తప్పనిసరిగా అన్ని ప్రశ్నలకు సమాధానాలు ఇవ్వాలి. ఒకవేళ ఏదైనా ప్రశ్న మీకు సంబంధించినది కాకపోతే, లేనుపై వర్తించదు అని వ్రాయండి.

ఫోటోతో గుర్తింపు రుజువు యొక్క కాపీ ఒకదానిని జత చేయండి (ఉదాహరణ: రాష్ట్ర ప్రభుత్వంచే జారీ చేయబడిన డ్రైవర్ లైసెన్స్ లేదా ఫోటోతో కూడిన పాస్‌పోర్ట్, మొదలైనవి.) \*

అత్యంత ఇటీవలి ఆదాయ పన్ను రిటర్న్ యొక్క ఫోటోకాపీని జత చేయండి లేదా \* ఒకవేళ ఫోటో ఐడి అందుబాటులో లేకుంటే, గుర్తింపును చూపే ఇతర దాఖ్యమొట్టను ఉపయోగించవచ్చు. సహాయం కొరకు పైన పేర్కొన్న ఫోన్ నంబరులో సంప్రదించండి.

క్రింది ఆదాయ రుజువులలో నుండి ఏదో ఒక దాని ఫోటోకాపీ జత చేయండి:

<input type="checkbox"/> చివరి 2 పేచెక్ స్టబ్స్ <input type="checkbox"/> నిరుద్యోగ భృతి నిర్ధారణ స్టబ్స్	<input type="checkbox"/> సామాజిక భద్రత చెక్ లేదా అవార్డు లెటరు <input type="checkbox"/> ఉద్యోగి పేరు, వృత్తి, గంటకు జీతం, పనిచేసిన గంటలు తెలుపుతూ యజమాని నుండి లెటర్
---	---

\*\*\* జతపరచబడిన దాఖ్యమొంటిపేస లేకుండా ఇది పూర్తి దరఖాస్తుగా పరిగణించబడదు. \*\*\*

స్థితి:	<input type="checkbox"/> శాశ్వత టెక్నాస్ నివాసి	<input type="checkbox"/> చట్టపరమైన నివాసి	<input type="checkbox"/> ఇమ్మిగ్రెంట్ వీసా	<input type="checkbox"/> ఇమ్మిగ్రెంట్ కాని వీసా
వైవాహిక స్థితి (ఒకటి గుర్తించండి):	<input type="checkbox"/> వివాహితులు	<input type="checkbox"/> ఒంటరి	<input type="checkbox"/> విడాకులు తీసుకున్నారు	
	<input type="checkbox"/> భర్త / భార్య చనిపోయారు	<input type="checkbox"/> ఇతరములు		

18 సంవత్సరాల కన్నా తక్కువ వయసు గల పిల్లలు మరియు ఇంట్లోని ఇతర ఆధారపడినవారు (అవసరమైతే, అదనపు పేజీకి కొనసాగాండి)

పూర్తి పేరు	పుట్టిన తేదీ	ఆధారపడినవారితో బంధుత్వం (ఒకటి గుర్తించండి)				
		పిల్లలు	సవతి పిల్లలు	సంరక్షకులు	పెద్దవారు/వయోజనులు	సంబంధం లేదు

ఉద్యోగం సారాంశం	
రోగి	భార్య లేక భర్త
యజమాని	యజమాని
వృత్తి	వృత్తి
ఉద్యోగం స్థితి (ఒకదానికి గుర్తు పెట్టండి)	ఉద్యోగం స్థితి (ఒకదానికి గుర్తు పెట్టండి)
<input type="checkbox"/> పూర్తి సమయం <input type="checkbox"/> పాక్షిక సమయం <input type="checkbox"/> నిరుద్యోగి	<input type="checkbox"/> పూర్తి సమయం <input type="checkbox"/> పాక్షిక సమయం <input type="checkbox"/> నిరుద్యోగి
<input type="checkbox"/> గృహిణి <input type="checkbox"/> తిరిగి పనిచేసే స్థితికి రాలేనివారు	<input type="checkbox"/> గృహిణి <input type="checkbox"/> తిరిగి పనిచేసే స్థితికి రాలేనివారు

నెలసరి కుటుంబ ఆదాయం		నెలసరి కుటుంబ ఖర్చులు (FAA కొరకు వర్తించదు)	
రోగి	\$ _____ /నెలకు	గృహావసరం:	స్వంతం/రుణం _____ అద్దె
భార్య లేక భర్త	\$ _____ /నెలకు	ఇంటి చెల్లింపు	\$ _____ /నెలకు
భరణం	\$ _____ /నెలకు	వినియోగ ఖర్చులు (కరెంటు, నీళ్ళు)	\$ _____ /నెలకు
నిరుద్యోగ భృతి	\$ _____ /నెలకు	కార్డ్ # 1	\$ _____ /నెలకు
పిల్లల పోషణ	\$ _____ /నెలకు	కార్డ్ # 2	\$ _____ /నెలకు

జీవించియున్నవారి ప్రయోజనాలు	\$	/నెలకు
ఉద్యోగ నష్టపరిహారం	\$	/నెలకు
ట్రస్ట్ నిధి	\$	/నెలకు
ఇతరములు	\$	/నెలకు
మొత్తం ఆదాయం	\$	/నెలకు

గ్యాసోలైన్	\$	/నెలకు
బీమా	\$	/నెలకు
టీవీ / కేబుల్ / ఫోన్	\$	/నెలకు
ఆహారం	\$	/నెలకు
మొత్తం ఖర్చులు	\$	/నెలకు

బ్యాంక్ అకౌంట్స్/ఇతర ఆస్తులు (తప్పనిసరిగా మొత్తం 3 ప్రశ్నలకు సమాధానాలు ఇవ్వాలి ఉంటుంది):				(FAA కొరకు పరిచయం)
చెకింగ్ ఖాతానా? (ఒకదాని చుట్టూ వృత్తం గీయండి)	అవును	కాదు	ప్రస్తుత బ్యాలెన్స్	\$
సేవింగ్స్ ఖాతానా? (ఒకదాని చుట్టూ వృత్తం గీయండి)	అవును	కాదు	ప్రస్తుత బ్యాలెన్స్	\$
అదనపు ఆస్తులు ఉన్నాయా? (ఒకదాని చుట్టూ వృత్తం గీయండి)	అవును	కాదు	ప్రస్తుత విలువ	\$
	అవును అయితే, దయచేసి వివరించండి:			

రోగి పేరు:

- నాకు తెలిసినంత వరకు నేను ఇచ్చిన సమాధానాలు సత్యము మరియు సరైనవి మరియు అసత్యప్రమాణ దండనకు సిద్ధపడి నేను ఇందుమూలంగా ధృవీకరిస్తున్నాను.
- నేను అందించిన సమాచారం ఇంటి ఆదాయం మరియు ఖర్చులను తెలియజేస్తుంది.
- చెల్లింపు ప్లాన్ మరియు/లేదా ఆర్థిక సహాయానికి సంబంధించిన దరఖాస్తుని ప్రారంభించడం మరియు/లేదా వివిధ ప్రోగ్రామ్లు, కవరేజీ లేదా సహాయం అందించడం వంటి వాటి కోసం Memorial Hermann వారు నేను అందించిన సమాచారంతోపాటుగా నా క్రెడిట్ నివేదిక మరియు పబ్లిక్ అందుబాటులో ఉండేటటువంటి ఇతర సమాచారాలను ఉపయోగించవచ్చు.
- నేను చేసిన ప్రకటనలను నిర్ధారించేందుకు ఏదైనా మూలం నుండి సమాచారాన్ని పొందడానికి నేను Memorial Hermann కు నా సమ్మతిని తెలియజేస్తున్నాను.
- ఆర్థిక సహాయం కొరకు మీ అర్హతను నిర్ధారించడానికై, ఇవ్వబడిన సమాచారం అసంపూర్ణంగా ఉంటే లేదా సరిపోకపోతే లేదా మీరు అర్హతా ప్రమాణాలకు సరిపోకపోతే Memorial Hermann నుండి మీరు లిఖిత పూర్వక సమాచారమును అందుకుంటారు. ఆర్థిక సహాయం కొరకు మీరు అర్హులైతే కూడా మీకు లిఖిత పూర్వకంగా తెలియజేయబడుతుంది.
- ఆర్థిక సహాయం కొరకు దరఖాస్తు చేసే రోగులు స్థానిక, రాష్ట్ర లేదా సమాఖ్య ప్రోగ్రామ్లు అందజేసేటటువంటి నిధులకు అర్హులు కావచ్చు. ఆర్థిక సహాయం కొరకు అర్హత యొక్క నిర్ధారణకు ముందే రోగులు అలాంటి ప్రోగ్రామ్లకు దరఖాస్తు చేయవలసి ఉంటుంది. అలాంటి ప్రోగ్రామ్ల కొరకు దరఖాస్తు చేయడంలో Memorial Hermann వ్యక్తులకు సహాయం అందిస్తుంది. అలాంటి ప్రోగ్రామ్లకు దరఖాస్తు చేయడంలో విఫలమైనట్లయితే, రోగి యొక్క ఆర్థిక సహాయం దరఖాస్తు యొక్క పరిశీలనపై ప్రతికూల ప్రభావం చూపవచ్చు.
- మెడికేయిడ్, క్రెమ్ నిక్సిమ్స్, హెల్త్ ఎక్స్చేంజ్ ఇన్సూరెన్స్ మరియు ఏవైనా ఇతర స్థానిక, రాష్ట్ర లేదా సమాఖ్య కవరేజీతో పాటు సాధ్యమైన అన్ని బీమా కవరేజీలకు నేను దరఖాస్తు చేసుకున్నాననే వాస్తవాన్ని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.
- ఆర్థిక సహాయం కొరకు నేను అర్హత పొందకపోతే, సంరక్షణ యొక్క ఖర్చుకు బాధ్యత నాదే అని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

రోగి/హామీదారు సంతకం

తేదీ

ఈ దరఖాస్తుని పూరించిన తర్వాత, మద్దతిచ్చే అన్ని పత్రాలతోపాటు క్రింది చిరునామాకి తప్పాలా, ఫ్యాక్స్ లేదా ఇమెయిల్ ద్వారా పంపండి:

Patient Business Services  
909 Frostwood Dr., Suite 3:100  
Houston, Texas 77024  
Attention: PBS Financial Assistance  
ఫ్యాక్స్: 713-338-4261  
ఇ-మెయిల్: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

వెనుక వైపున చూడండి

వెనుక వైపున చూడండి

MEMORIAL  
HERMANN