

Arlington Hospital  
 Harris Methodist Hospitals  
 Presbyterian Hospitals

500 ई बॉर्डर स्ट्रीट #130  
 आर्लिंगटन टेक्सास 76010  
 682-236-3000 / 800-890-6034  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

Date/तारीख: \_\_\_\_\_ Guarantor Name/गारंटर का नाम: \_\_\_\_\_

Patient Name/मरीज़ का नाम: \_\_\_\_\_ Date of Service/सेवा की तारीख: \_\_\_\_\_

Hospital Account #/अस्पताल का खाता # \_\_\_\_\_ Medical Record #/चिकित्सा रिकॉर्ड # \_\_\_\_\_

- |                                                                                           |                                                                                            |                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Arlington Memorial Hospital                      | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital<br>Southwest Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Denton             |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Behavioral Health Hospital<br>Corinth            | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital<br>Stephenville         | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Kaufman            |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital<br>Alliance            | <input type="checkbox"/> Texas Health Harris<br>Specialty Hospital Fort Worth              | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Plano              |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital Azle                   | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Heart & Vascular Hospital Arlington               | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Recovery and Wellness Center             |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital<br>Cleburne            | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Outpatient Surgery Center Alliance                | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Seay Behavioral Health Hospital          |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital Fort<br>Worth          | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Allen                       | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Springwood Behavioral Health<br>Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital<br>Hurst-Eules-Bedford | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Dallas                      |                                                                                   |

प्रिय मरीज़:

इसके साथ टेक्सस हेल्थ संसाधन वित्तीय सहायता आवेदन पत्र संलग्न है। इस आवेदनपत्र को भरने से हम आपका खाता आपके अस्पताल बिल(लों) के लिए वित्तीय सहायता के लिए विचार किए जाने के लिए प्रस्तुत कर सकेंगे। यह आपके केवल अस्पताल प्रभार के लिए है।

आर्लिंगटन मैमोरियल अस्पताल  
हैरिस मैथोडिस्ट अस्पताल  
प्रेसबाइटेरियन अस्पताल

500 ई बॉर्डर स्ट्रीट #130  
आर्लिंगटन टेक्सास 76010  
682-236-3000 / 800-890-6034  
THRFinancialassistance@texashealth.org

हम निजता के लिए आपकी इच्छा समझते हैं। इसके अनुसार, सत्यापन के प्रयोजनों के सिवाए, आपके आवेदन पत्र में सम्मिलित जानकारी को गोपनीय जानकारी माना जाएगा। इसे केवल जानने की आवश्यकता के आधार पर टेक्सस हेल्थ संसाधन के साथ साझा किया जाएगा।

कृपया आवेदन पत्र में प्रत्येक मद भरें। यदि आपको किसी स्पष्टीकरण के लिए अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता हो, तो कृपया इस आवेदन पत्र के पिछले भाग का उपयोग करें।

कृपया अपने वर्तमान महीने और पिछले दो महीनों की वेतन पर्चियाँ प्रदान करें और/या परिवार के लिए आय के किसी अन्य रूप का प्रमाण प्रदान करें। यदि आपको चेक के स्टब नहीं मिलते हैं, तो कृपया अपनी मासिक जमाराशि दिखाने के लिए अपने बैंक विवरण की प्रतियाँ प्रदान करें। यदि आपका अपना रोजगार है, तो कृपया अपनी सबसे हाल की फाइल की गई निजी आय कर रिटर्न और मौजूदा लाभ और हानि विवरण की प्रति प्रदान करें। अनुरोध किए गए दस्तावेज़ प्रदान न किए जाने के परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता के लिए विचार किए जाने से मना किया जा सकता है।

यह अत्यंत महत्वपूर्ण है कि आप प्राप्त होने पर यह आवेदन पत्र भरें और इसे जल्दी से जल्दी वापस करें।

यदि आपको यह आवेदन पत्र भरने में कठिनाई है या कोई ऐसा क्षेत्र है जो स्पष्ट नहीं है, तो कृपया कॉल करें। हम आपके सहयोग के लिए आभारी हैं।

आर्लिंगटन मैमोरियल अस्पताल  
 हैरिस मैथोडिस्ट अस्पताल  
 प्रेसबाइटेरियन अस्पताल

500 ई बॉर्डर स्ट्रीट #130  
 आर्लिंगटन टेक्सास 76010  
 682-236-3000 / 800-890-6034  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

### वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र - पृष्ठ 1

Patient Name/ Last /अंतिम First /पहला MI/मध्य  
 मरीज़ का नाम: \_\_\_\_\_

Social Security # / सामाजिक सुरक्षा # \_\_\_\_\_  
 DOB /जन्म की तारीख: \_\_\_\_\_  
 Hospital Account # / अस्पताल खाता #: \_\_\_\_\_

Married /विवाहित \_\_\_\_\_  
 Single /अकेले \_\_\_\_\_  
 Divorced /तलाकशुदा \_\_\_\_\_  
 Widowed /विधवा/विधुर \_\_\_\_\_  
 Separated /अलग रह रहे \_\_\_\_\_

Do you have minor children (under 18)?/क्या आपके अवयस्क बच्चे हैं (18 वर्ष से कम)? \_\_\_\_\_ Yes /हाँ \_\_\_\_\_ No/नहीं

Do they live with you?/क्या वे आपके साथ रहते हैं? \_\_\_\_\_ Yes /हाँ \_\_\_\_\_ No/नहीं

Are they your birth/legally adopted children?/क्या वे आप द्वारा जन्मे बच्चे हैं/कानूनी रूप से गोद लिए गए बच्चे हैं? \_\_\_\_\_ Yes /हाँ \_\_\_\_\_ No/नहीं

Patient Employed?/क्या मरीज़ रोजगाररत है?: \_\_\_\_\_ Yes /हाँ \_\_\_\_\_ No/नहीं

Spouse Employed?/क्या पत्नी/पति रोजगाररत है?: \_\_\_\_\_ Yes /हाँ \_\_\_\_\_ No/नहीं

Do you have medical insurance?/क्या आपके पास चिकित्सा बीमा है? \_\_\_\_\_ Yes /हाँ \_\_\_\_\_ No/नहीं

Are you on disability? How long? / क्या आप विकलांग हैं? कितने समय से? \_\_\_\_\_ Yes /हाँ \_\_\_\_\_ No/नहीं

Are you a veteran?/क्या आप पूर्व-सैनिक हैं? \_\_\_\_\_ Yes /हाँ \_\_\_\_\_ No/नहीं

### FAMILY MEMBERS – (Living in the home)/परिवार के सदस्य – (घर में रह रहे)

Spouse/पत्नी/पति: \_\_\_\_\_

Child /बच्चा: \_\_\_\_\_ Age /आयु: \_\_\_\_\_  
 Child /बच्चा: \_\_\_\_\_ Age /आयु: \_\_\_\_\_  
 Child /बच्चा: \_\_\_\_\_ Age /आयु: \_\_\_\_\_  
 Child /बच्चा: \_\_\_\_\_ Age /आयु: \_\_\_\_\_

आर्लिंगटन मैमोरियल अस्पताल  
 हैरिस मैथोडिस्ट अस्पताल  
 प्रेसबाइटेरियन अस्पताल

500 ई बॉर्डर स्ट्रीट #130  
 आर्लिंगटन टेक्सास 76010  
 682-236-3000 / 800-890-6034  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

**INCOME (Monthly Amount)/आय (मासिक धनराशि):**

	<u>Gross</u> /सकल	<u>Net/निवल</u>	<u>Expenses /व्यय</u>	<u>Monthly Amount</u> /मासिक धनराशि
Patient/मरीज़:	\$ _____	\$ _____	Mortgage/Rent /गिरवी/किराया	\$ _____
Spouse/पत्नी/पति:	\$ _____	\$ _____	Utilities /उपयोगिताएँ	\$ _____
Dependents/अश्रित	\$ _____	\$ _____	Car Payments/कार भुगतान	\$ _____
Public Assistance/लोक सहायता	\$ _____	\$ _____	Food / Groceries /भोजन / किराना	\$ _____
Food stamps/फूड स्टैम्प	\$ _____	\$ _____	Credit Cards /क्रेडिट कार्ड	\$ _____
Social Security/सामाजिक सुरक्षा	\$ _____	\$ _____	Other (please specify) /अन्य (कृपया बताएं)	\$ _____
Unemployment/बेरोज़गारी	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Strike Benefits /हड़ताल के लाभ	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Worker's Compensation /कामगार का मुआवज़ा	\$ _____	\$ _____	<b>Total/योग</b>	<b>\$ _____</b>
Alimony /निर्वाह धन	\$ _____	\$ _____		
Child Support /बाल सहायता:	\$ _____	\$ _____		
Military Allotments /सैन्य आवंटन	\$ _____	\$ _____		
Pensions/पेंशन	\$ _____	\$ _____		
Income from: CD's Rent, Dividends Interest /इससे आय: CD's किराया, लाभांश ब्याज	\$ _____	\$ _____		
<b>Total/योग</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>		

**Assests/संपत्तियाँ**

Checking Account /चेकिंग खाता:	\$ _____
Savings Account/बचत खाता:	\$ _____
CD's, IRA's/सीडी, आईआरए	\$ _____
Other Investments (Stocks, bonds, etc.)/अन्य	\$ _____

आर्लिंगटन मैमोरियल अस्पताल  
 हैरिस मैथोडिस्ट अस्पताल  
 प्रेसबाइटेरियन अस्पताल

500 ई बॉर्डर स्ट्रीट #130  
 आर्लिंगटन टेक्सास 76010  
 682-236-3000 / 800-890-6034  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

निवेश (स्टॉक, बॉन्ड्स, इत्यादि) \_\_\_\_\_

Properties/Land other than primary residence / \$ \_\_\_\_\_

संपत्तियाँ/प्राथमिक निवास के अलावा अतिरिक्त भूमि \_\_\_\_\_

**APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2/वित्तीय सहायता के लिए आवेदन पत्र – पृष्ठ 2**

Name of Employer

/नियोक्ता का नाम \_\_\_\_\_

Telephone

#/टेलीफोन # \_\_\_\_\_

Employer Address

/नियोक्ता का पता \_\_\_\_\_

Occupation

/व्यवसाय \_\_\_\_\_

Spouse's Employer

/पत्नी/पति का नियोक्ता: \_\_\_\_\_

Telephone

#/टेलीफोन # \_\_\_\_\_

Employer Address

/नियोक्ता का पता \_\_\_\_\_

Occupation

/व्यवसाय \_\_\_\_\_

Are you currently applying for Medicaid Benefits?/क्या आप वर्तमान में मेडिकेड लाभों के लिए आवेदन कर रहे हैं? \_\_\_\_\_

Yes /हाँ

No/नहीं

Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program /?क्या आपने अपने काउंटी अस्पताल/गरीब कार्यक्रम के माध्यम से सहायता के लिए आवेदन किया है? \_\_\_\_\_

Yes /हाँ

No/नहीं

Is your physician donating his/her services?/क्या आपका/आपकी डॉक्टर अपनी सेवाएं दे रहा/रही है? \_\_\_\_\_

Yes /हाँ

No/नहीं

Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?/क्या आपकी दुर्घटना/चोट/बीमारी के लिए संभावित रूप से ज़िम्मेदार कोई तीसरे पक्ष हैं? \_\_\_\_\_

Yes /हाँ

No/नहीं

Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?/क्या कोई आपको आपके अस्पताल के बिलों के भुगतान के संबंध में सहायता कर रहा है? \_\_\_\_\_

Yes /हाँ

No/नहीं

Who is assisting you?/आपकी सहायता कौन कर रहा है? \_\_\_\_\_

How much assistance are you receiving?/आप कितनी सहायता प्राप्त कर रहे हैं? \_\_\_\_\_

List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill. /कोई ऐसी सूचना प्रदान करें जो आपके विचार में आपके अस्पताल के बिल का भुगतान करने में सहायता करने के लिए आपकी पात्रता का निर्धारण करने में हमारे लिए सहायक होगी।

आर्लिंगटन मैमोरियल अस्पताल  
हैरिस मैथोडिस्ट अस्पताल  
प्रेसबाइटेरियन अस्पताल

500 ई बॉर्डर स्ट्रीट #130  
आर्लिंगटन टेक्सास 76010  
682-236-3000 / 800-890-6034  
THRFinancialassistance@texashealth.org

Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income). /वह अनुमानित कमाई और/या धनराशि जो आप अपनी बीमारी के कारण अवकाश लेने के दौरान पाएंगे (बीमारी अवकाश, सेवतन अवकाश, छोटी/लंबी अवधि की विकलांगता की आय)। \$ \_\_\_\_\_

Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages/वह समय अवधि जब आप कार्य करने और/या आय कमाने में असमर्थ होंगे: \_\_\_\_\_

मैं यह समझता/समझती हूँ कि टेक्सस हेल्थ रिसोर्सेस इस आवेदन पत्र के अस्पताल के मूल्यांकन के संबंध में इस आवेदन पत्र में मौजूद वित्तीय सूचना का सत्यापन कर सकता है और मैं इसके द्वारा प्रदान की गई सूचना को सत्यापित करने और क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों से रिपोर्टों का अनुरोध करने के लिए अस्पताल को अधिकार देता/देती हूँ। मैं यह जानता/जानती हूँ कि इस सूचना का उपयोग वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता का निर्धारण करने के लिए किया जाएगा और इस आवेदन पत्र में सूचना की गलतबयानी के परिणामस्वरूप वित्तीय सहायता देखभाल सहायता प्रदान करने से मना किया जा सकता है। मैं यह भी जानता/जानती हूँ कि किसी तीसरे पक्ष या अन्य स्रोत से वसूली के मामले में कोई भी वित्तीय सहायता अनुमोदन पूरी तरह से या आंशिक रूप से पलटा जा सकता है।

मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि मेरे द्वारा प्राप्त किसी भी वित्तीय सहायता देखभाल का अर्थ मुझ पर बकाया किसी धनराशि की वापसी के लिए अस्पताल या इसके अस्पताल के पुनर्ग्रहणाधिकार (lien) के त्याग के रूप में नहीं लगाया जाएगा और अस्पताल में भर्ती कराए जाने से संबंधित मेरे द्वारा प्राप्त किसी धन-वापसी को टेक्सस हेल्थ रिसोर्सेस को अवश्य भेजा जाना चाहिए।

Signature of Person Making Request, If Patient  
/अनुरोध करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि मरीज़ हो

Date/तारीख

Signature of Person Making Request, If Not Patient/  
अनुरोध करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर, यदि मरीज़ न हो

Relationship/संबंध

Patient's Address/मरीज़ का पता City/नगर State/राज्य ZIP/ज़िप कोड County/काउंटी

Home Telephone Number/घर का टेलीफोन नंबर