

# मैरीलैंड राज्य समरूप वित्तीय सहायता आवेदन पत्र

## आपसे संबंधित जानकारी

नाम \_\_\_\_\_  
प्रथम मध्य अंतिम

सोशल सिक्योरिटी नंबर \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

अमेरिकी नागरिक: हाँ नहीं

वैवाहिक स्थिति: अविवाहित विवाहित तलाकशुदा

स्थायी निवासी: हाँ नहीं

घर का पता \_\_\_\_\_

फ़ोन \_\_\_\_\_

शहर राज्य ज़िप कोड

देश

नियोक्ता का नाम \_\_\_\_\_

फ़ोन \_\_\_\_\_

कार्यालय का पता \_\_\_\_\_

शहर राज्य ज़िप कोड

### परिवार के सदस्य:

नाम	आयु	संबंध
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

क्या आपने चिकित्सा सहायता के लिए आवेदन किया है? हाँ नहीं

अगर हाँ, तो आपने किस तिथि को आवेदन किया था? \_\_\_\_\_

यदि हाँ, तो इस विषय पर क्या निर्णय लिया गया था? \_\_\_\_\_

क्या आप राज्य या काउंटी से किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करते हैं? हाँ नहीं

आवेदकों को सभी आवश्यक दस्तावेजों को इस पते पर भेजना होगा:

बॉन सेकौर्स वित्तीय सहायता कार्यक्रम

पी ओ बॉक्स 742431

अटलांटा, जीए 30374-2431

## I. पारिवारिक आय

सभी स्रोतों से प्राप्त होने वाले अपने मासिक आय की राशि को सूचीबद्ध करें। इसके लिए आपको आय, संपत्ति और खर्च संबंधी प्रमाणपत्र, प्रस्तुत करना पड़ सकता है। अगर आपकी कोई आय नहीं है, तो कृपया उस व्यक्ति का समर्थन पत्र प्रदान करें, जो आपको आवास और भोजन प्रदान करता है।

रोज़गार

सेवानिवृत्ति / पेंशन भत्ता

सामाजिक सुरक्षा भत्ता

सार्वजनिक सहायता भत्ता

विकलांगता भत्ता

बेरोज़गारी भत्ता

सेवानिवृत्त सैनिक भत्ता

गुजारा भत्ता

किराये की संपत्ति से प्राप्त आय

हड़ताल भत्ता

सैन्य आवंटन

खेती या स्वरोज़गार

आय के अन्य स्रोत

मासिक आय

कुल

वर्तमान शेष राशि

## II. तरल संपत्ति

चेकिंग खाता

बचत खाता

शेयर, बांड, सीडी, या मुद्रा बाजार

अन्य खातों

कुल

## III. अन्य परिसंपत्तियाँ

यदि आप निम्न में से किसी संपत्ति के मालिक हैं, तो कृपया संपत्ति के प्रकार और अनुमानित मूल्य को सूचीबद्ध करें।

घर

शेष ऋण

निर्माण

वर्ष

अनुमानित मूल्य

ऑटोमोबाइल

निर्माण

वर्ष

अनुमानित मूल्य

अतिरिक्त वाहन

निर्माण

वर्ष

अनुमानित मूल्य

अतिरिक्त वाहन

निर्माण

वर्ष

अनुमानित मूल्य

अन्य संपत्ति

कुल

राशि

## IV. मासिक खर्च

किराया या ऋण

उपयोगिता वस्तुएँ

कार के लिए भुगतान

क्रेडिट कार्ड

कार बीमा

स्वास्थ्य बीमा

अन्य चिकित्सा व्यय

अन्य व्यय

कुल

क्या आपने किसी भी अन्य मेडिकल बिल का भुगतान नहीं किया है? हाँ नहीं

किस प्रकार की सेवाओं के लिए आपने भुगतान नहीं किया है? \_\_\_\_\_

अगर आपके लिए भुगतान की योजना बनाई जाए, तो मासिक भुगतान की राशि क्या होगी? \_\_\_\_\_

यदि आप अस्पताल से अतिरिक्त वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध करते हैं, तो अस्पताल भी पूरक निर्णय लेने के लिए आपसे अतिरिक्त जानकारी का अनुरोध कर सकता है। इस फार्म पर हस्ताक्षर करके, आप यह प्रमाणित करते हैं कि आपके द्वारा उपलब्ध कराई गई जानकारी सच है, और आप इस बात से सहमत हैं कि जानकारी में किसी भी परिवर्तन की दशा में आप परिवर्तन के दस दिनों के भीतर अस्पताल को सूचित करेंगे।

आवेदक के हस्ताक्षर

दिनांक

मरीज से संबंध