



Carolinas HealthCare System

Coverage Assistance & Financial Assistance Application
कवरेज सहायता और वित्तीय सहायता आवेदन

Account खाता#	
Date(s) of Service सेवा की तिथि	

The purpose of this form is to provide the Financial Counseling Department with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their CHS hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety. इस फार्म का उद्देश्य CHS अस्पताल में वित्तीय सहायता उपलब्ध कराने के लिए रोगी की पात्रता निर्धारण हेतु वित्तीय परामर्श विभाग को आवश्यक सूचना उपलब्ध करनी है। मूल्यांकन पूर्ण और समुचित ढंग से सुनिश्चित करने के लिए इस आवेदन पत्र को पूरी तरह से भरना आवश्यक है।

Patient Demographics रोगी की जनसांख्यिकी			
Patient's Full Name रोगी का पूरा नाम	Date of Birth जन्म की तारीख	Social Security सामाजिक सुरक्षा#	Marital Status वैवाहिक स्थिति
Physical Address भौतिक पता	City, State and Zip Code शहर, राज्य और पिन कोड	Months/Yrs at This Address इस पते पर महीने / साल	County काउंटी
If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below यदि यह पता आपके निवास स्थान के पते से भिन्न है, तो कृपया नीचे अपना डाक पते अलग से लिखें			
Mailing Address डाक पता	City, State and Zip Code शहर, राज्य और पिन कोड	Months/Yrs at This Address इस पते पर महीने / साल	County काउंटी
Home Phone# घर का फ़ोन#	Mobile Phone# मोबाइल फोन#	Emergency Contact Name आकस्मिक दशा में संपर्क करने वाले व्यक्ति का नाम	Phone# फ़ोन#
City and State of Birth शहर और राज्य जहाँ जन्म हुआ	Citizenship Status नागरिकता	Lived in U.S. Since अमेरिका में कब से रहते हैं	Copies of Your Documents? आपके दस्तावेजों की प्रतियाँ Yes हाँ No नहीं

Health Insurance Information स्वास्थ्य बीमा संबंधी जानकारी				
Provider-Primary Coverage प्रदाता - प्राथमिक कवरेज	Policy Holder Name पॉलिसी धारक का नाम	Policy बीमा#	Group समूह #	Effective Date प्रभावी तिथि
Provider-Secondary Coverage प्रदाता - माध्यमिक कवरेज	Policy Holder Name पॉलिसी धारक का नाम	Policy बीमा#	Group समूह #	Effective Date प्रभावी तिथि

Please list all household members below कृपया घर के सभी सदस्यों को नीचे सूचीबद्ध करें						
Name नाम	Date of Birth जन्म तिथि	Place of Birth जन्म तिथि	SSN#	Relation to Patient रोगी से संबंध	Sex लिंग	Race जाति

1							
2							
3							

Please list all household members below (continued from page 1)

कृपया घर के सभी सदस्यों को नीचे सूचीबद्ध करें (पेज 1 के क्रम में)

Name नाम	Date of Birth जन्म तिथि	Place of Birth जन्म तिथि	S S N	Relation to Patient रोगी से संबंध	Sex लिंग	Race/Raza जाति रज
4						
5						
6						
7						

If there are more than 7 members of the household, please list in the 'notes' section on page 6 of this form

यदि घर के सदस्यों की संख्या 7 से अधिक है, तो इस फार्म के पेज 6 पर 'नोट' वाले भाग में कृपया सूचीबद्ध करें

Education, Employment and Military Background शिक्षा, रोजगार और सैन्य पृष्ठभूमि		Patient (mother if patient is a minor) रोगी की माँ का नाम (यदि रोगी नाबालिग हो)	Spouse (father if patient is a minor) पति/पत्नी का नाम (रोगी नाबालिग हो तो पिता)
Education शिक्षा	Highest Grade Completed in School स्कूल में पूर्ण किया गया उच्चतम ग्रेड		
	Technical Skills तकनीकी कौशल		
Current Employment वर्तमान रोजगार	Currently Unemployed (check box if yes) वर्तमान में बेरोजगार (यदि है, तो चेक बॉक्स हों भरें)	Fill-out 'past employment' section 'विगत रोजगार' का कॉलम भरें	Fill-out 'past employment' section 'विगत रोजगार' का कॉलम भरें
	Company Name and Address कंपनी का नाम/पता		
	Job Title/ Type of Work Performed जॉब का नाम/किए गए कार्य का प्रकार		
	Work Phone चालू फोन #		
	Boss/Supervisor's Name मालिक / पर्यवेक्षक का नाम		
	Dates of Employment रोजगार की तिथि		
	Income and Pay Structure आय और वेतन संरचना	_hrs/wk घंटे/सप्ताह \$ _____/hr प्रति घंटे _days/wk दिन/सप्ताह \$ _____/day प्रति दिन Commission कमीशन \$ ____/mo प्रति माह Annual वार्षिक \$ _____	_hrs/wk घंटे/सप्ताह \$ _____/hr प्रति घंटे _days/wk दिन/सप्ताह \$ _____/day प्रति दिन Commission कमीशन \$ ____/mo प्रति माह Annual वार्षिक \$ _____

Past Employment विगत रोजगार	Company Name and Address कंपनी का नाम और पता		
	Job Title/ Type of Work Performed जॉब का नाम/ किया गया कार्य		
	Dates of Employment रोजगार की तिथि		
	Income and Pay Structure आय और वेतन संरचना	_hrs/wkघंटे/सप्ताह \$ _____/hr प्रति घंटे _days/wkदिन/सप्ताह \$ _____/day/प्रति दिन Commission कमीशन \$_____/mo/प्रति माह Annual वार्षिक \$_____	_hrs/wkघंटे/सप्ताह \$ _____/hr प्रति घंटे _days/wkदिन/सप्ताह \$ _____/day/प्रति दिन Commission कमीशन \$_____/mo/प्रति माह Annual वार्षिक \$_____

COBRA	Has a member of the household lost their job within the past 60 days? क्या पिछले 60 दिनों के अंदर उसके घर के किसी सदस्य की नौकरी चली गई?		<input type="checkbox"/> Yes हां <input type="checkbox"/> No नहीं		
	Did he/she receive a COBRA election notice? क्या उसे COBRA चयन हेतु नोटिस मिली?		<input type="checkbox"/> Yes हां <input type="checkbox"/> No नहीं		
	Did he/she elect COBRA coverage? क्या उसे COBRA कवरेज मिला?		<input type="checkbox"/> Yes हां <input type="checkbox"/> No नहीं		
	If he/she did not elect COBRA coverage, please check one: यदि उसने COBRA कवरेज का चयन नहीं किया, तो कृपया एक पर निशान लगाएं		<input type="checkbox"/> premiums too expensive प्रिमियम महंगा था	<input type="checkbox"/> new coverage नया कवरेज	
Military Service सैन्य सेवा	Branch ब्रांच	Dates Enlisted शामिल होने की तिथि	Rank रैंक	Serial # क्रमांक	

Insurance Information जीवन बीमा संबंधी जानकारी					
Life Insurance जीवन बीमा	Company कंपनी	Policy Holder पॉलिसी धारक	Face Value अंकित मूल्य	Policy Type पॉलिसी का प्रकार	Cash Value नकद मूल्य
Burial Insurance/Contract दफनाने का बीमा / अनुबंध	Company कंपनी	Policy Holder पॉलिसी धारक	Face Value अंकित मूल्य	Cash Value नकद मूल्य	Revocable? वापसी?

Income (3 month history) आय (3 माह की हिस्ट्री)	Patient (mother if patient is a minor) रोगी (नाबालिग होने पर) की मां का नाम			Spouse (father if patient is a minor) पति/पत्नी (रोगी नाबालिग हो, तो पिता का नाम)		
	Last month विगत माह	2 months ago 2 माह पूर्व		Last month विगत माह	2 months ago 2 माह पूर्व	
Wages वेतन/मजदूरी						
Pension/Retirement पेंशन / सेवानिवृत्ति						
Social Security Retirement सामाजिक सुरक्षा सेवानिवृत्ति						
Social Security Disability सामाजिक सुरक्षा विकलांगता						
Supplemental Security Income पूरक सुरक्षा आय						
VA Benefits VA लाभ						
Unemployment बेरोजगारी						
Child Support बच्चे का भरण-पोषण						
Food Stamps फूड स्टैम्प						
Other (Workfirst, etc.) अन्य (वर्कफर्स्ट, आदि)						
Statement of Verification सत्यापन का स्टेटमेंट	Do you have pay stubs/verification to confirm pay? क्या आपके पास वेतन की पुष्टि हेतु सत्यापन का कोई साधन है? <input type="checkbox"/> Yes हां <input type="checkbox"/> No नहीं			Do you have pay stubs/verification to confirm pay? क्या आपके पास वेतन की पुष्टि हेतु सत्यापन का कोई साधन है? <input type="checkbox"/> Yes हां <input type="checkbox"/> No नहीं		

Expenses व्यय के लिए भुगतान (नाम)	Paymentsfor (name) भुगतान की राशि	Payment Amount भुगतान किया गया (पाने वाले का नाम)	Paidto(name andaddress)		
ChildSupport/Care बाल पोषण/देखभाल			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimony निर्वाह निधि					

StatementofSupport सपोर्ट हेतु कथन	I certify that I have been unemployed for the last _____ <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years. As a result of being unemployed, I receive food, shelter and clothes from _____, relationship, _____. सत्यापित किया जाता है कि मैं विगत माह वर्ष से बरोजगार हूँ। बेरोजगार होने के कारण, मुझे रोटी, कपड़ा और आवास द्वारा उपलब्ध कराया जाता है, जो संबंध में मेरे लगते हैं।
--	--

Property संपत्ति	Address पता	Ownership स्वामित्व	TaxValue कर मूल्य	LoanBalance Loan बैलेंस	MortgageCo बंधक कंपनी
Primary Residence प्रथम निवास		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
Other Property अन्य संपत्ति		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर	<input type="checkbox"/>		
Other Property अन्य संपत्ति		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
Other Property अन्य संपत्ति		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			

Assets परिसंपत्ति	Make/Model मेक/मॉडल	Ownership स्वामित्व	TaxValue कर मूल्य	LoanBalance शेष ऋण	Bank/Lender बैंक/लेजर
Automobiles आटोमोबाइल	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
	3	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
Motorcycles मोटरसाइकिल	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
Boats नाव	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
Trailers/RVs ट्रेलर/RV	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent अपना किराए पर			

If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.
 यदि उपरोक्त सूचीबद्ध श्रेणियों के अतिरिक्त परिसंपत्तियां हों तो इस फार्म के पेज 6 पर नोट सेक्शन में इन्हें शामिल करें।

Banking/Investments बैंकिंग / निवेश	Institution संस्था	Balance शेष	Account# खाता	AccountHolder(s) खाताधारक
Checking जांच	1			Patient Spouse Joint रोगी पति/पत्नी संयुक्त
	2			Patient Spouse Joint रोगी पति/पत्नी संयुक्त

Banking/Investments बैंकिंग / निवेश (के क्रम में)	Institution संस्था	Balance शेष	Account# खाता	AccountHolder(s) खाताधारक
Savings बचत	1			Patient Spouse Joint रोगी पति/पत्नी संयुक्त
	2			Patient Spouse Joint रोगी पति/पत्नी संयुक्त
CDs				
401K / IRA				
Stocks/Bonds स्टॉक/बांड				
Other(trustfund,etc.) अन्य (ट्रस्ट फंड, आदि)				

Medical Bills मेडिकल बिल	Does the patient have old medical bills within two years? क्या रोगी के पास विगत दो साल पुराने मेडिकल बिल हैं?	Yes हां	No नहीं	Total Amount कुल राशि

Acknowledgement and Signatures पावती और हस्ताक्षर				
<p>I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request.</p> <p>मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी वित्तीय स्टेटमेंट में उपलब्ध कराई गई जानकारी, मेरी सर्वोत्तम जानकारी के हिसाब से सत्य, शुद्ध और पूर्ण है। दी गई किसी भी जानकारी को किसी व्यक्ति, फर्म, संगठन से सत्यापन हेतु मैं अस्पताल को एतद्वारा प्राधिकृत करता/करती हूँ।</p>				
Signature: हस्ताक्षर	Relationship to Patient: रोगी से संबंध		Date दिनांक	
Witness Signature: गवाह के हस्ताक्षर	Relationship to Patient: रोगी से संबंध		Date दिनांक	

For Financial Counseling Personnel वित्तीय परामर्श देने वाले कार्मिक के लिए			
Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview Phone Interview Mail-in	
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA Victim's Assistance Medicaid - program(s) _____ IHF Financial Assistance			Assigned to Financial Counselor (name):

आवेदन भरने के बाद यहां भेजें:

CHS System Business Office Attention:
Financial Counseling PO Box 32861
Charlotte, NC 28232