







#### 4. स्वास्थ्य बीमा

क्या या या विदेश से कवरेज सहित किसी भी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अधीन आपको कवरेज प्राप्त है  
 हाँ  नहीं

यदि हाँ तो कृपया अपने बीमा कार्ड के सामने और पीछे की एक प्रति इस आवेदन के साथ संलग्न करें या निम्नलिखित जानकारी दर्ज करें

बीमा धारक	बीमाकर्ता	पॉलिसी संख्या
बीमा धारक	बीमाकर्ता	पॉलिसी संख्या

#### 5. हस्ताक्षर करने से पहले कृपया ध्यान से पढ़ें

नीचे हस्ताक्षर करके मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने इस आवेदन में जो भी जानकारी भरी है और जो भी संलग्न किया है सभी सत्य हैं।

- मैं समझता समझती हूँ कि इस आवेदन पत्र में यदि कोई भी जानकारी गलत अधूरी या असत्य पाई जाती है तो वित्तीय सहायता के लिए मेरे आवेदन को अस्वीकार किया जा सकता है।
- मैं को किसी भी और सभी तरह की जानकारी के सत्यापन की अनुमति देता देती हूँ।
- मैं को अपनी क्रेडिट रिपोर्ट की मांग करने की अनुमति देता देती हूँ।
- यदि इस आवेदन पत्र द्वारा शामिल की गई सेवाओं के लिए मुकदमे से प्राप्त अवार्ड समेत किसी भी प्रकार का भुगतान प्राप्त करता करती हूँ तो अपनी वित्तीय सहायता की पूरी राशि चुकाने के लिए मैं सहमत हूँ।
- ऐसे किसी भी परिवर्तन के लिए को सूचित करने को मैं सहमत हूँ जिसके कारण वित्तीय सहायता के लिए मेरी पात्रता बदल सकती है।
- मैं समझता हूँ कि वित्तीय सहायता के लिए मेरे आवेदन के संबंध में को मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए मेरे बारे में संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी जैसा कि इस शब्द को गोपनीयता कानून भाग से लेकर तक मैं परिभाषित किया गया है के खुलासे की आवश्यकता हो सकती है।
- मैं समझता समझती हूँ कि ऐसा कोई भी खुलासा भुगतान के उद्देश्य से होगा जैसा कि गोपनीयता कानून में परिभाषित किया गया है।

आवेदन करने वाले व्यक्ति या कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर

तारीख

आवेदन करने वाले व्यक्ति या कानूनी अभिभावक का मुद्रित नाम

**अपने वित्तीय सहायता आवेदन पत्र के साथ आय का प्रमाण या समर्थन पत्र शामिल करना न भूलें।**

**भरा गया आवेदन पत्र यहाँ मेल करें**

**Yale New Haven Health**  
SBO, Attn: Financial Assistance  
PO BOX 1403,  
New Haven, CT 06505