

\*यदि आपके कोई प्रश्न हैं या इस एप्लिकेशन को पूरा करने में सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया वित्तीय काउंसलरों को (214) 456-8640 पर कॉल करें।

गारंटर/अभिभावक का पूरा नाम ↓

क्या यह सौतेले पिता/सौतेली माँ है?  हाँ  नहीं

अंतिम	पहला	M.I.	सोशल सिक्योरिटी नंबर	
_____	_____	_____	_____	_____/_____/_____
नियोक्ता का नाम	कार्यालय का फ़ोन नंबर		घर का फ़ोन नंबर	जन्मतिथि
घर का पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड	

अन्य गारंटर/अभिभावक का पूरा नाम ↓

क्या यह सौतेले पिता/सौतेली माँ है?  हाँ  नहीं

अंतिम	पहला	M.I.	सोशल सिक्योरिटी नंबर	
_____	_____	_____	_____	_____/_____/_____
नियोक्ता का नाम	कार्यालय का फ़ोन नंबर		घर का फ़ोन नंबर	जन्मतिथि
घर का पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड	

कृपया (घर में रह रहे) अपने सभी बच्चों के नाम नीचे सूचीबद्ध करें:

नाम पहला, अंतिम	सोशल सिक्योरिटी #	जन्मतिथि	बीमा/Medicaid की जानकारी	कार्यालय उपयोग के लिए MR#

मजदूरी/वित्तन गारंटर #1	\$	वाहन	वर्ष/मॉडल	मूल्य
मजदूरी/वित्तन गारंटर #2	\$	#1	_____	\$
चाइल्ड सपोर्ट	\$	#2	_____	\$
अन्य (बताएँ)	\$	घर (मोबाइल का भुगतान)	\$	
कुल	\$	बचत खाता	\$	
कुल योग	\$	चेकिंग खाता	\$	
		स्टॉक/बांड	\$	
		अन्य (बताएँ)	\$	
		कुल योग	\$	

(घरेलू आय के प्रमाण के उदाहरणों में हालिया फेडरल टैक्स रिटर्न फॉर्म 1040, डिपार्टमेंट ऑफ़ ह्यूमन सर्विसेज फॉर्म 1049, वार्षिक आय के साथ 4 पेचेक स्टब्स, सोशल सिक्योरिटी लेटर्स या डिपॉजिट स्लिप्स, बेरोजगारी मुआवजा पत्र या चेक स्टब, लेटर ऑफ़ शामिल हैं) वित्तीय सहायता के लिए पात्र होने के लिए, कृपया लागू दस्तावेज प्रदान करें। कुछ परिस्थितियों में, जब दस्तावेज उपलब्ध नहीं होते हैं, तो दस्तावेजों के बदले कानूनी अभिभावक से मौखिक पुष्टि ली जा सकती है।

- रोगी का सोशल सिक्योरिटी कार्ड (यदि लागू हो)
- रोगी का जन्म प्रमाण पत्र या पासपोर्ट
- घरेलू आय का सबूत (ऊपर दिए गए उदाहरण देखें)
- संयुक्त राज्य अमेरिका के निवास का प्रमाण (वर्तमान उपयोगिता, टेलीफोन या केबल का बिल)

चिल्ड्रन्स हेल्थ यूनिवर्सिटी ऑफ़ टेक्सास साउथवेस्टर्न मेडिकल सेंटर ("UTSW") के साथ काम करता है, ताकि UTSW से पेशेवर सेवाएँ प्राप्त करने वाले हमारे मरीजों को उसी हद तक वित्तीय सहायता प्रदान की जा सके, जिस हद तक यह सहायता चिल्ड्रन्स हेल्थ फ़ाउंडेशनल असिस्टेंस पॉलिसी के तहत उपलब्ध होगी।

गारंटर/अभिभावक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_

FC के हस्ताक्षर:

एप्लिकेशन इस तारीख तक मान्य है:

\*इस एप्लिकेशन पर हस्ताक्षर करके मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपर्युक्त जानकारी मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सही और सटीक है और संलग्न सभी दस्तावेज मेरी सर्वोत्तम क्षमता के अनुसार सही और पूर्ण हैं। मैं इस स्क्रीनिंग के लिए चिल्ड्रन्स हेल्थ को इस जानकारी की जांच करने की आज्ञा देता हूँ। यदि यह पाया जाता है कि आवेदक ने गलत जानकारी प्रस्तुत की है, तो एप्लिकेशन अपने आप ही अस्वीकार कर दिया जाएगा।