#

# पूर्व-उपस्थिति फॉर्म

|  |
| --- |
| मुझे इस फॉर्म भरने के लिए क्यों कहा गया है?NHS के अस्पताल का इलाज सभी के लिए नि:शुल्क नहीं है। सभी अस्पतालों का कानूनी कर्तव्य है की यह स्थापित करें कि क्या रोगी नि:शुल्क इलाज के हकदार हैं। कृपया इस कर्तव्य को पूरा करने के लिए इस फॉर्म को पूरा करें। एक बच्चे के लिए माता-पिता/अभिभावक को फॉर्म पूरा करना चाहिए। **फॉर्म को पूरा करने पर, आपको नीचे दी गई घोषणा को पढ़ना होगा और उस पर हस्ताक्षर करने होंगे।** |

|  |
| --- |
| ***कृपया इस फॉर्म को बड़े अक्षरों में पूरा करें*** |
| **परिवार का नाम/उपनाम:** |       |
| **प्रथम नाम** |       | **जन्म तिथि:** | द | द | म | म | व | व | व | व |

|  |
| --- |
| घोषणा: सभी द्वारा पूरा किया जाना चाहिए |
| यदि आप नि:शुल्क NHS अस्पताल उपचार के लिए पात्र हैं या नहीं यह निर्धारित करने में मदद करने के लिए इस अस्पताल को आपकी आव्रजन स्थिति की पुष्टि करने के लिए स्थानिक कार्यालय से पूछना पड़ सकता है। इस मामले में, आपकी व्यक्तिगत, गैर-नैदानिक जानकारी स्थानिक कार्यालय को भेजी जाएगी। प्रदान की गई जानकारी का स्थानिक कार्यालय द्वारा अपने कार्यों के लिए उपयोग किया जा सकता है और उसे बनाए रखा जा सकता है, जिसमें विदेशों में, प्रवेश के और यूके के भीतर बंदरगाहों पर आव्रजन नियंत्रण लागू करना शामिल हैं। राष्ट्रीय सुरक्षा, जांच और अपराध के अभियोजन, और जुर्माना और नागरिक दंड के संग्रह सहित अन्य उद्देश्य के लिए कानून प्रवर्तन और अधिकृत ऋण वसूली एजेंसियों के साथ स्थानिक कार्यालय इस जानकारी को साझा कर सकता है। **यदि आप आदेय हैं, लेकिन NHS उपचार के लिए भुगतान करने में विफल रहें, जिसके लिए आपको बिल भेजा गया है, तो इसके परिणामस्वरूप आपके भविष्य के यूके में प्रवेश करने या बने रहने के आव्रजन आवेदन को अस्वीकृत किया जा सकता है। इस उद्देश्य के लिए स्वास्थ्य विभाग के माध्यम से स्थानिक कार्यालय को आवश्यक (गैर-नैदानिक) व्यक्तिगत जानकारी दी जा सकती है।** **घोषणा**: * मैंने उन कारणों को पढ़ा और समझा है जिनके लिए मुझे इस फॉर्म को पूरा करने के लिए कहा गया है
* मेरे द्वारा प्रदान किए गए किसी भी विवरण की पुष्टि करने के लिए ट्रस्ट द्वारा मेरा संपर्क किए जाने के लिए सहमत हूं।
* मैं समझता/समझती हूं कि मेरे द्वारा किए गए किसी भी बयान को सत्यापित करने के लिए संबंधित आधिकारिक निकायों से संपर्क किया जा सकता है।
* इस फॉर्म पर मैंने जो जानकारी दी है, वह मेरे सर्वश्रेष्ठ ज्ञान के अनुसार सही है।
* मैं समझता/समझती हूं कि अगर मैं जानबूझकर गलत जानकारी प्रदान करूं तो मेरे खिलाफ कार्रवाई हो सकती है। इसमें अस्पताल के स्थानीय धोखाधड़ी की जांच के विशेषज्ञ को किसि मामले को संदर्भित करना और किसी भी कारण से धनराशि को पुनर्प्राप्त करना शामिल हो सकता है।
 |
| **हस्ताक्षरित:** |       | **तारीख:** | द | द | म | म | व | व |
| **नाम प्रिंट करें:** |       | **रोगी के साथ संबंध:** |       |
| **इनकी ओर से:** |       |

|  |
| --- |
| 1. सभी: व्यक्तिगत विवरण *– कृपया उन सभी प्रश्नों के उत्तर दें जो आप पर लागू होते हैं* |
| क्या आप आमतौर पर यूके में रहते हैं? | हां: |  | नहीं: |  | राष्ट्रीयता: |       |
| यूके का पता: | पासपोर्ट नंबर: |       |
|       | पासपोर्ट जारी करने वाला देश: |       |
| टेलीफोन नंबर: |       | पासपोर्ट समाप्त होने की तिथि: | द | द | म | म | व | व |
| मोबाइल नंबर: |       | दोहरी नागरिकता: |       |
| ईमेल: |       | यूके में प्रवेश की तिथि: | द | द | म | म | व | व |
| क्या आप अपने देश में रहने के लिए वापस लौटेंगे? | हां:  |  | नहीं: |  | यदि हां, तो कब? | द | द | म | म | व | व |
| यूके से बाहर का पता: | नियोक्ता का नाम और पता (यूके या विदेशी): |
|       |       |
| देश: |       | देश: |       |
| संपर्क के लिए टेलीफोन नंबर: |       | नियोक्ता का टेलीफोन नंबर: |       |
| 2. सभी: आधिकारिक दस्तावेज |
| कृपया हमें बताएं कि वर्तमान में आपके पास निम्न में से कौन से दस्तावेज़ हैं (लागू होने वाले सभी को चिन्हित करें): |
|  | वर्तमान यूके का पासपोर्ट |  | वर्तमान यूरोपीय संघ का पासपोर्ट |
|  | वैध प्रवेश वीज़ा के साथ वर्तमान यूरोपीय संघ के बाहर का पासपोर्ट | वीज़ा नंबर |       |
|  | विद्यार्थी वीज़ा  |  | विजिट वीज़ा | वीज़ा समाप्ति की तारीख: | द | द | म | म | व | व |
|  | आश्रयस्थान पंजीकरण कार्ड (Asylum Registration Card, ARC) | ARC नंबर |       |
|  | अन्य - कृपया बताएं: |       | BRP नंबर |       |

|  |
| --- |
| 3. सभी: यूके में आपका प्रवास *– आपको दस्तावेज़ उपलब्ध कराने की आवश्यकता हो सकती है* |
| कृपया हमें यूके में आपके प्रवास का उद्देश्य बताएं (लागू होने वाले सभी को चिन्हित करें): |
|  | छुट्टी/दोस्तों या परिवार को मिलने के लिए |  | व्यापार के लिए |  | यहां स्थायी रूप से रहने के लिए |
|  | काम के लिए |  | पढ़ाई के लिए |  | आश्रय पाने के लिए |
|  | अन्य - कृपया बताएं: |       |
| पिछले 12 महीनों में आपने यूके के बाहर कितने महीने बिताए हैं? |
|  | कोई नहीं |  | 3 महीनों तक |  | 3-6 महीने |  | 6 महीने से अधिक |
| कृपया पिछले 12 महीनों में यूके से अनुपस्थिति के किसी भी कारण को इंगित करें (लागू होने वाले सभी को चिन्हित करें) |
|  | मैं दूसरे देश में रहता/रहती हूं |  | छुट्टी/दोस्तों को मिलने के लिए |  | काम के लिए |
|  | मैं अक्सर यात्रा करता हूं (व्यवसाय/विदेश में दूसरा घर है) |  | पढ़ाई के लिए |
|  | अन्य - कृपया बताएं: |       |

|  |
| --- |
| 4. सभी: GP विवरण *– यदि आप यूके में किसी GP के साथ पंजीकृत हैं* |
| GP/सर्जरी का नाम: |       | GP सर्जरी का पता: |
| GP का टेलीफोन नंबर: |       |       |
| NHS नंबर: |       |

|  |
| --- |
| 5. स्वास्थ्य या यात्रा बीमा विवरण *– यदि यूके आपके निवास का स्थायी स्थान नहीं है* |
| क्या आपके पास बीमा है? | हां: |  | नहीं: |  | बीमा प्रदाता का नाम और पता: |
| सदस्यता नंबर: |       |       |
| बीमा टेलीफोन नंबर: |       |

|  |
| --- |
| 6. यूरोपीय स्वास्थ्य बीमा कार्ड (EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD, EHIC) विवरण *– यदि आप किसी अन्य EEA देश में रहते हैं* |
| क्या आपके पास एक यूके के बाहर का EHIC है? | हां: |  | नहीं: |  | यदि हां, तो कृपया अपने EHIC से डेटा नीचे दर्ज करें: |
| *यदि आप किसी अन्य EEA देश में प्रवास कर रहे हैं और आपके पास वर्तमान EHIC नहीं हैं, तो आपको दुर्घटना और आपातकाल (Accident and Emergency, A&E) विभाग के बाहर प्राप्त किसी भी उपचार की लागत के लिए बिल भेजा जा सकता है। यदि आप किसी वार्ड में भर्ती होते हैं या एक आउटपेशंट के रूप में आपको अस्पताल जाने की आवश्यकता है, तो शुल्क लागू होंगे।* | 3 |       |
| 4 |       |
| 5 |       | 6 |       |
| 7 |       |
| 8 |       | 9 |       |

|  |
| --- |
| 7. विद्यार्थी विवरण *– यदि आप पढ़ाई करने के लिए यूके आए हैं* |
| कॉलेज/युनिवर्सिटी का नाम: |       | टेलीफोन नंबर: |       |
| कोर्स की तारीखें  | से: | द | द | म | म | व | व | तक: | द | द | म | म | व | व | प्रति सप्ताह घंटे की संख्या: |       |

|  |
| --- |
| यदि आपने A&E विभाग में इस फॉर्म को पूरा कर लिया है, तो जाने से पहले एक रिसेप्शनिस्ट या नर्स को इसे दे दें।यदि आप किसी भी वार्ड में भर्ती होते हैं या A&E विभाग के बाहर इलाज के लिए संदर्भित किए जाते हैं, तो शुल्क लागू हो सकते हैं। कृपया हमारे विदेशी विज़िटर टीम के किसी सदस्य द्वारा इंटरव्यू लिए जाने की अपेक्षा करें। |