


Dartmouth-Hitchcock
 प्रिय आवेदक :

यदि तपाईंको स्वास्थ्य स्याहारका खर्चहरूको भुक्तानी गर्दा यसले तपाईंका लागि आर्थिक कठिनाई सिर्जना गर्छ भने, कृपया यो आवेदन पूरा गर्नुहोस् । यस आवेदनले तपाईंलाई डार्टमाउथ-हिचककमा प्रदान गरिएका सेवाहरूको खर्च घटाउने हाम्रो क्षमता निर्धारण गर्न हामिलाई मद्दत गर्नेछ । कृपया तपाईं वा तपाईंको घरपरिवारमा लागू हुने सबै प्रश्नका उत्तरहरू दिनुहोस् । तपाईंले दिनु भएको कुनै पनि जानकारी गोप्य राखिनेछ, र तपाईंको आवेदनको प्रक्रियामा संलग्न कर्मचारीले मात्र तिनको समीक्षा गर्नेछन् ।

यदि तपाईंसँग बीमा छ भने तपाईं एनएच हेल्थ एक्सेस नेटवर्कका अन्य सहभागी प्रदायकहरूसँग आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्न पनि योग्य हुन सक्नुहुनेछ । एनएच हेल्थ एक्सेस नेटवर्क अस्पतालहरू र अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूको एउटा यस्तो नेटवर्क (सञ्जाल) हो जसले न्यु ह्याम्पसायर राज्यका अल्प-बीमा गरिएका बच्चाहरू र वयस्क वासिन्दाहरूका लागि स्वास्थ्य स्याहारको पहुँचमा सुधार गर्दछ ।

आर्थिक सहयोग स्वीकृत हुनु अघि, तपाईंको बीमा, सामुदायिक सहयोग, मुद्दा मामिला, वा तेस्रो पक्षीय दायित्व सहित सबै भुक्तानीका स्रोतहरू सकिइसकेको हुनुपर्नेछ । तपाईंले सबै जानकारी सामेल गरेको कुरा निश्चित गर्नका लागि कृपया तलको रुजूसूची (चेकलिस्ट) प्रयोग गर्नुहोस् ।

1. तपाईंको सबैभन्दा पछिल्लो संघीय आयकर दाखिला र सबै तालिका (सेड्युल) हरूको सम्पूर्ण प्रति
2. सबैभन्दा पछिल्ला सबै डब्लु-२ फारामहरू
3. सबैभन्दा पछिल्ला तीनवटा तलवी चेकका अधकष्टी वा तपाईंको रोजगारदाताबाट विवरणका प्रतिहरू
4. सबैभन्दा पछिल्ला तीन बैङ्क स्टेटमेन्टका प्रतिहरू (जस्तै बचत, चालु, मनि मार्केट फन्डहरू, आइआरए, ४०१के आदि)
5. बेरोजगार, असक्तता क्षतिपूर्ति लाभको विवरणहरू का प्रतिहरू
6. सामाजिक सुरक्षा र/वा पेन्सन लाभका प्रतिहरू
7. फुड स्ट्याम्प भागवण्डा (विनियोजन) को प्रति
8. लाभांश स्रोतहरू, ट्रस्ट फन्डहरू र सम्पत्ति कर विवरणका प्रतिहरू
9. सरकारी सहयोग सूचनाहरूका प्रतिहरू(स्वास्थ्य र मानव सेवा सहित)

तपाईंलाई यो आवेदन पूरा गर्नको लागि निम्न स्थानहरूमा आफै गएर व्यक्तिगत रूपमा सहयोग प्राप्त गर्न सक्नुहुनेछ :

डार्टमाउथ-हिचकक मेडिकल सेन्टर	डार्टमाउथ-हिचकक कन्कर्ड	डार्टमाउथ-हिचकक म्यानचेस्टर	डार्टमाउथ-हिचकक नाशुआ	डार्टमाउथ-हिचकक कीन
One Medical Center Drive	253 Pleasant Street	100 Hitchcock Way	2300 Southwood Drive	580-590 Court Street
Lebanon, NH 03756	Concord, NH 03301	Manchester, NH 03104	Nashua, NH 03063	Keene, NH 03431
(६०३) ६५०-८०५१	(६०३) २२९-५०८०	(६०३) ६९५-२६९२	(६०३) ५७७-४०५५	(६०३) ३५४-५४५४ एक्स ४४४४

तपाईंको पूरा गरिएको आवेदन प्राप्त नभएसम्म तपाईंले प्राप्त गरेका कुनै पनि सेवाहरूका लागि तपाईं नै आर्थिक रूपमा जिम्मेवार रहिरहनु हुनेछ । यदि आवेदन दिएको ३० दिनभित्र पनि हामीबाट कुनै प्रतिक्रिया पाउनु भएन भने, वा तपाईंलाई आवेदन पूरा गर्न मद्दत चाहिन्छ भने, कृपया (८४४) ६४७-६४३६ मा हाम्रो प्यासेन्ट एडभोकेट (विरामीका पक्षपाति) हरूमध्ये एकलाई फोन गर्नुहोस् ।

कार्यालय समय बिहान ९:०० बजेदेखि दिउँसो ४:३० बजेसम्म, सोमबार-शुक्रबार

पूरा गरिएका आवेदनहरू तलको ठेगानामा फिर्ता गरिनु पर्दछ ।

Dartmouth-Hitchcock Medical Center
 Attn: PFS - Level 3 - NSA
 One Medical Center Drive
 Lebanon, NH 03756-0001
 फ्याक्स नं. (६०३) ६५०-६९४२

1. विरामीको जानकारी :

थर	नाम	मध्य नाम	सामाजिक सुरक्षण नम्बर	जन्ममिति
स्ट्रीट ठेगाना	शहर	राज्य	जिप कोड	उक्त ठेगानामा कहेलेदेखि
हुलाकी ठेगाना	शहर	राज्य	जिप कोड	
घरको फोन नम्बर	कार्यालयको फोन नम्बर	<input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> नागरिक ऐक्यता <input type="checkbox"/> छुट्टिएका <input type="checkbox"/> पारचुके गरेको <input type="checkbox"/> विधुर (विधवा) <input type="checkbox"/> अमेरिकी नागरिक <input type="checkbox"/> एनएच वासिन्दा		

2. बिल भुक्तानी गर्ने जिम्मेवार व्यक्ति

थर	नाम	मध्य नाम	विरामीसंगको नाता	सामाजिक सुरक्षण नम्बर
विरामीको भन्दा भिन्न ठेगाना भए	घरको फोन नम्बर	कार्यालयको फोन नम्बर		
वीमा कम्पनीको नाम	लागू हुने मिति			

3. ** कृपया आवेदक सहित घरपरिवारमा बस्ने सबै जनाको विवरण दिनुहोस् : आवश्यक भएमा अतिरिक्त पानाको प्रयोग गर्नुहोस्

नाम	विरामीसंगको नाता	जन्ममिति	सामाजिक सुरक्षण नम्बर	आवेदन गर्ने/नगर्ने
1	आफै			
2				
3				
4				
5				
6				

4. के यो आवेदन भविष्य वा बिगतका सेवाहरूका लागि हो भविष्य बिगत **सेवाहरू पाएका मिति(हरू) :** _____
5. यदि तपाईंको घरपरिवारमा कसैको बीमा छ भने यो भर्नुहोस् :
 स्वास्थ्य बीमा (योजना/नाम) _____, स्वास्थ्य बचत अकाउन्ट (धेरा लगाउनुहोस्) – छ छैन को : _____
 नीति नं./आईडि नं. _____ कटौती रकम : _____
 मेडिकेयर भाग क _____, मेडिकेयर भाग ख _____ मेडिकेयर भाग ख भुक्तानी गर्न सहयोग प्राप्त गर्छन् को : _____
6. के तपाईंको घरपरिवारमा कसैले मेडिकेडका लागि आवेदन गरेको छ ? छ छैन
 को : _____ यदि छ भने र अस्वीकृत भएको छ भने कृपया मेडिकेड अस्वीकृत सूचनाको प्रति प्रदान गर्नुहोस् ।
7. के तपाईंले कुनै अर्को सुविधामा आर्थिक सहयोगका लागि आवेदन गर्नुभएको छ ? छ छैन यदि छ भने कहाँ _____
8. के तपाईंको घरपरिवारमा कोही गर्भवती छन् ? छन् छैनन्
9. के तपाईंको घरपरिवारको कसैले सेनामा जागिर गरेका छन् ? छन् छैनन् को : _____
10. के तपाईंले हालमा कामदार क्षतिपूर्ति वा मोटर वाहन दुर्घटना दावी दर्ता गर्नुभएको छ ? छ छैन मिति : _____
11. के तपाईंको घर परिवारमा कोही सामाजिक सुरक्षण लाभहरूका लागि योग्य छ ? छ छैन को : _____
12. के कुनै अर्को व्यक्तिले तपाईंसँग उनीहरूको आयकर फिर्ताको दावी गरेको छ ? छ छैन को : _____

*प्रत्येक घरपरिवारको सदस्यहरूको नाम :

रोजगारदाताको नाम :

कूल मासिक आयबाट :

रोजगार :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
स्व-रोजगार :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
लगानी खाता (अकाउन्ट)हरू :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
घरजग्गा भाडा:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
बेरोजगार : (बैंचि (____/____/____))	\$ _____	\$ _____	\$ _____
अवकाश प्राप्त:	\$ _____		
(सामाजिक सुरक्षा, पेन्सन, वार्षिक वृत्ति)			
एलिमोनी (माना भराई)/वच्चा सहयोग	\$ _____	\$ _____	\$ _____
सार्वजनिक सहायता, खाद्य स्ट्याम्पहरू :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
अन्य आय :	\$ _____	\$ _____	\$ _____

बचत र लगानीहरू :

चालु खातामा रकम	\$ _____	\$ _____	\$ _____
बचत र सिङ्गि अकाउन्ट रकम	\$ _____	\$ _____	\$ _____
आइआरएहरू, ४०१क, ४०१के			
उल्लेख गर्नुहोस् :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
अन्य बचत र लगानीहरू			
उल्लेख गर्नुहोस् :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
अन्य :			
उल्लेख गर्नुहोस् :	\$ _____	\$ _____	\$ _____
अन्य बचत र लगानीहरू			
उल्लेख गर्नुहोस् :	\$ _____	\$ _____	\$ _____

अटोमोबाइल (सवारी साधन): वर्ष, बनेको कम्पनी, मोडेल ? _____
 मनोरञ्जनात्मक वाहन : वर्ष, बनेको कम्पनी, मोडेल ? _____

14. घरपरिवारका खर्चहरू

मासिक भाडा भुक्तानी : \$ _____ वा मोर्टेज (धितो बन्धक घरको किस्ता) भुक्तानी : \$ _____ धितो बन्धक घरको ऋण बन्धौता \$ _____

माथिको भुक्तानी रकममा समावेश नगरिएको सम्पत्ति कर : \$ _____ घरको मूल्य : \$ _____

के तपाईंको यो प्राथमिक आवास बाहेक अन्य सम्पत्ति छ ? छ छैन यदि छ भने मूल्य \$ _____ धितो बन्धकको तिर्न बाँकी रकम : \$ _____

यदि अर्को सम्पत्ति व्यापारिक हो भने, ठेगाना उल्लेख गर्नुहोस् : _____

मासिक ऋण भुक्तानी : \$ _____ तिनू पर्ने : _____ को लागि : _____

मेडिकेयर भाग घ सामाजिक सुरक्षण चेकबाट कटौती गरिएको : हो होइन रकम : \$ _____

उपयोग \$ _____ बीमा (अटो/जीवन/सम्पत्ति) \$ _____ अन्य : _____ \$ _____

माना भराई/वच्चा सहयोग \$ _____ स्वास्थ्य बीमा प्रिमियम (किस्ता) \$ _____ अन्य : _____ \$ _____

वच्चा स्याहार \$ _____ स्वास्थ्य स्याहार विलहरू \$ _____ अन्य : _____ \$ _____

जीवनयापन (ग्यास, खाद्यान्न, कपडाहरू) \$ _____ औषधिहरू \$ _____ अन्य : _____ \$ _____

15. अधिकारहरूको समर्पण ध्यान दिएर पढ्नुहोस्

तल हस्ताक्षर गरेर म मेरो क्रेडिट रिपोर्ट (शाख प्रतिवेदन) र/वा कर विवरण दाखिला (ट्याक्स रिटर्न) को अख्तियारी प्रदान गर्दछु। यो आवेदन प्रक्रियामा लैजानका लागि कर विवरण दाखिला गर्नु आवश्यक छ र मेरो योग्यता निर्धारण गर्नु अगाडि अझ बढी जानकारीकोलागि अनुसन्धान गर्न सकिन्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु। मैले आय वा जायजथाको विवरण पूर्ण रूपमा नखुलाएको खण्डमा, वा साँचो प्रस्तुत नगरेको खण्डमा, तपाईंलाई प्रदान गरिनु पर्ने कुनै पनि परोपकारी स्याहार छुटको कुनै पनि सहमति अकृत र शून्य हुनेछ र विलहरू तिनूपर्ने पहिलेको मितिमा फर्किने छ। सङ्कलन प्रक्रियाका बेला कुनै/सबै कानुनी शुल्कहरूका लागि म जिम्मेवार हुनेछु। तल हस्ताक्षर गर्ने सबै घरपरिवारका सदस्यहरूले कुनै पनि चिकित्सकीय, आर्थिक र रोजगार जानकारीको प्रकटकरणलाई अख्तियारी प्रदान गर्दछन् जुन सोभै उनीहरूको स्वास्थ्य स्याहार वा उनीहरूको आर्थिक सहयोग योग्यतासँग सम्बन्धित हुन्छ। यो जानकारी कुनै पनि स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूलाई प्रकट गर्न सकिन्छ जहाँबाट सदस्यहरूले स्वास्थ्य स्याहार वा आर्थिक सहयोग खोजेका हुन्छन्। प्रदान गरिएका सबै जानकारीहरू हिप्पा (एचआइपीए) सम्बन्धिसम्प्रीय नियमानुसार गोपनीय रहनेछन्। सहयोगका लागि वैकल्पिक प्रक्रियाहरू विचार गरिनेछैनन्।

यदि यो आवेदनले समेट्ने कुनै पनि किसिमको मेडिकल सेवाहरूका लागि मैले भुक्तानी प्राप्त गर्ने भने, म पूर्ण आर्थिक सहयोग पुनर्भुक्तानी गर्न सहमत छु, उदाहरणका लागि बीमा भुक्तानीहरू, सरकारी कार्यक्रम भुक्तानीहरू, र कानुनी मुद्दा मामिलाबाट वा अन्य कुनै भुक्तानीबाट प्राप्त रकम।

यदि मैले आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्ने भने, मैले मेरो योग्यतालाई प्रभाव पार्ने कुनै पनि परिवर्तनका लागि पहिले आवेदन गरेको सङ्कलनलाई सो कुरा भन्न सहमत छु, जसमा परिवारको आकार, आय, र स्वास्थ्य बीमा कभरेज सामेल छन्। यदि मेरो/हाम्रो चिकित्सकीय अवस्थामा परिवर्तन हुन्छ जसले गर्दा म/हामी सामुदायिक आर्थिक सहयोग कार्यक्रमका लागि योग्य हुन सक्छौं भने, मैले सो कार्यक्रममा आवेदन र आवेदनको प्रमाण प्रदान गर्नुपर्नेछ।