

प्रिय आवेदक:

यदि आफ्नो स्वास्थ्य स्याहारका खर्चहरूको भुक्तानी गर्दा तपाईंलाई आर्थिक कठिनाई सिर्जना हुनसक्छ भने कृपया यो आवेदन भर्नुहोस्। यो आवेदनले हामीलाई कुनै पनि Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center वा Alice Peck Day Memorial Hospital स्थानमा उपलब्ध गराइएका सेवाहरूका लागि ती खर्चहरू कम गर्ने हाम्रो क्षमतालाई निर्धारण गर्न मद्दत गर्नेछ। कृपया आफू वा आफ्नो घरपरिवारमा लागू हुने सबै प्रश्नहरूको जबाफ दिनुहोस्। तपाईंले प्रदान गरेको कुनै पनि जानकारी गोप्य रहन्छ र त्यसलाई तपाईंको आवेदनलाई प्रक्रियामा लैजाने कर्मचारीले मात्र समीक्षा गर्नेछ।

यदि तपाईंसँग बीमा छ भने पनि तपाईं अन्य NH Health Access Network (एनएच स्वास्थ्य पहुँच संजाल) का अन्य सहभागी प्रदायकहरूसँग आर्थिक सहयोगका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। एनएच स्वास्थ्य पहुँच संजाल अस्पतालहरू र अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूको एउटा सञ्जाल हो जसले न्यु ह्याम्पसायर राज्यका अल्प-बीमित बच्चाहरू र वयस्क निवासीहरूको स्वास्थ्य स्याहारको पहुँचमा सुधार गर काम गर्छ।

कुनै पनि आर्थिक सहयोग स्वीकृत हुनुपूर्व, बीमा, सार्वजनिक सहयोग, मुद्दा मामिला, वा तेस्रो-पक्ष प्रतिको दायित्व सहित तपाईंका भुक्तानीका सबै स्रोतहरू निखिरेको हुनुपर्नेछ। आफूले सबै जानकारी सामेल गरेको निश्चित हुनका लागि कृपया तलको रूजूसूची प्रयोग गर्नुहोस्।

	आवश्यक	लागू नहुने
1. तपाईंको सबैभन्दा पछिल्लो संघीय आय कर दाखिलाको सम्पूर्ण प्रति र सबै अनुसूचीहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. सबैभन्दा पछिल्ला डब्लु-२ फारामका प्रतिहरू।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. सबैभन्दा पछिल्ला तीन(३) वटा पेचेक स्टबका प्रतिहरू वा रोजगारदाता(हरू) बाट बिबरण	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. सबैभन्दा पछिल्ला तीन(३)वटा बैङ्क स्टेटमेन्टका प्रतिहरू (उदाहरणका लागि, बचत, चेकिङ, मनी मार्केट फन्डहरू, आइआरए, ४०१के आदि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. बेरोजगार, असक्तता वापत क्षतिपूर्ति सुबिधा बिबरणका प्रतिहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. सामाजिक सुरक्षण र/वा पेन्सन सुबिधाका प्रतिहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. फुड स्ट्याम्प निर्दिष्टि (भागबन्डा) को प्रति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. लाभान्सका स्रोतहरू, ट्रस्ट फन्डहरू र सम्पत्ति कर बिबरणका प्रतिहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. सरकारी सहयोगको सूचनाका प्रतिहरू;		
स्वास्थ्य र मानव सेवा विभागका सूचनाहरू (सबै पानाहरु)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicaid स्पेन्ड डाउन पत्रहरू, Medicaid बाट पठाइएका अस्वीकरण सूचनाका प्रतिलिपिहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
प्रिमियम एसिस्टेन्ट प्लान(हरू) र मार्केटप्लेस बीमा(हरू)बाट प्राप्त सूचनाहरू	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

तपाईंले यो आवेदन पूरा गर्नका लागि तलका स्थानहरूमा व्यक्तिगत सहयोग प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 स्थानीय: (603) 650-6222	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 स्थानीय: (603) 354-5430	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Dr. Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579
--	---	---	--	--	--

तपाईंको पूरा गरिएको आवेदन प्राप्त नहुन्जेल आफूले प्राप्त गरेका कुनै पनि सेवाहरूका लागि तपाईं आर्थिक रूपमा जिम्मेवार भैरहनुहुनेछ। यदि तपाईंले आफ्नो आवेदन दाखिला गरेको ३० दिनसम्म पनि हामीबाट केही सूचना पाउनुभएन भने वा तपाईंलाई आवेदन पूरा गर्न सहयोग चाहिन्छ भने कृपया हाम्रा प्यासेन्ट एडभोकेट (बीरामि अधिवाचक) हरूमध्ये एक जनालाई (८४४) ६४७-६४३६ मा फोन गर्नुहोस्। कार्यालय समय सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म बिहान ९:०० – बेलुकी ४:३० सम्म हो।

पूरा गरिएका आवेदनहरू तलका ठेगानाहरू मध्ये एउटामा फिर्ता गरिनुपर्छ।

Dartmouth-Hitchcock Medical Center
One Medical Center Drive PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03766
फ्याक्स: (603) 442-5135

Dartmouth-Hitchcock/Cheshire
580-590 Court St. PFS: FAA
Keene, NH 04431
फ्याक्स: (६०३)३५४-६५९६

Alice Peck Day Memorial Hospital
10 Alice Peck Day ड्राइभ FAA
Lebanon, NH 03756
फ्याक्स: (603) 650-6142

आर्थिक सहयोग आवेदन बेदन

Alice Peck Day Memorial Hospital
ध्यान दिनुहोस्: FAA
10 Alice Peck Day डट., Lebanon, NH 03766

1. बिरामीको जानकारी:

थर	पहिलो नाम	मध्य (बिचको) नाम	सोसल सेक्युरिटी नम्बर	जन्म मिति
स्ट्रिट ठेगाना	सहर	राज्य	जिप कोड	ठेगानामा बसेको अवधि
पत्राचार ठेगाना	सहर	राज्य	जिप कोड	
घरको फोन नम्बर	कार्यालय फोन नम्बर	<input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> नागरिक युनियन <input type="checkbox"/> छुट्टिएको <input type="checkbox"/> सम्बन्ध विच्छेद <input type="checkbox"/> विधुवा <input type="checkbox"/> यु.एस नागरिक <input type="checkbox"/> NH निवासी		

2. बिल भुक्तानी गर्नका लागि जिम्मेवार व्यक्ति

थर	पहिलो नाम	मध्य (बिचको) नाम	बिरामीसँगको सम्बन्ध	सोसल सेक्युरिटी नम्बर
यदि बिरामीको भन्दा भिन्न भए ठेगाना	घरको फोन नम्बर	कार्यालय फोन नम्बर		
बीमा कम्पनीको नाम	प्रभावकारी मिति			

3. **कृपया आवेदक सहित घरमा बस्ने सबै मानिसहरूलाई सङ्केत गर्नुहोस्: आवश्यक परेमा थप कागजको पाना प्रयोग गर्नुहोस्

नाम	बिरामीसँगको नाता	जन्ममिति	सोसल सेक्युरिटी नम्बर	आवेदन गर्दै हो/होइन
1	आफैं			
2				
3				
4				
5				
6				

4. के यो आवेदन भविष्यका वा विगतका सेवाहरूका लागि हो ? भविष्य विगत सेवाहरूको मिति(हरू): _____

5. यदि आफ्नो घरपरिवारमा कसैको बीमा छ भने कृपया भर्नुहोस्:
स्वास्थ्य बीमा (योजना/नाम) _____, स्वास्थ्य बचत खाता(गोलो लगाउनुहोस्) – हो होइन को: _____
पोलिसी नं./आइडि नं. _____ कटौतीहुने रकम: _____
Medicare भाग A _____, Medicare भाग B _____ Medicare भाग B भुक्तानी गर्नका लागि सहायता प्राप्त गर्नुहुन्छ को: _____

6. के तपाईंको घरपरिवारमा कसैले मेडिकेडका लागि आवेदन गरेको छ ? हो होइन
को: _____ यदि छ र अस्वीकृत भयो भने कृपया मेडिकेड अस्वीकृती सूचनाको प्रतिलिपि दिनुहोस्।

7. के तपाईंले अर्को ठाउँमा आर्थिक सहयोगका लागि आवेदन गर्नुभएको छ ? हो होइन हो भने, कहाँ: _____

8. के तपाईंको घरपरिवारमा कोही गर्भवती छ ? छ होइन

9. के तपाईंको घरपरिवारमा कसैले सेनामा सेवा गरेको छ ? हो होइन को: _____

10. के तपाईंले हालसालै कामदारको क्षतिपूर्ति वा मोटर वाहन दुर्घटना दावी दर्ता गर्नु भएको छ ? हो होइन मिति: _____

11. के तपाईंको घरपरिवारमा कोही सोसल सेक्युरिटी बेनिफिट (सामाजिक सुरक्षण सुबिधा) का लागि योग्य छ ?
 हो होइन को: _____

12. के अन्य कसैले उनको आयकर दाखिलामा तपाईंलाई दावी गर्छ ? हो होइन को: _____

13. घरपरिवारबारेमा जानकारी	व्यक्ति १	व्यक्ति २	व्यक्ति ३
----------------------------	-----------	-----------	-----------

*घरपरिवारका प्रत्येक सदस्यको नाम:			
रोजगारदाताको नाम:			
निम्न (स्रोत)बाट कुल मासिक आय:			
रोजगारी:	डलर	डलर	डलर
स्व-रोजगारी:	डलर	डलर	डलर
लगानी (खाता) अकाउन्टहरू:	डलर	डलर	डलर
अचल भूसम्पतिबाट भाडाहरू:	डलर	डलर	डलर
बेरोजगारी: (/ / देखि)	डलर	डलर	डलर
अवकास:	डलर	डलर	डलर
(सामाजिक सुरक्षण, पेन्सन (निवृत्ति भरण, एन्युइटी)			
एलिमनी (निर्वाह भरण)/बच्चालाई सहयोग:	डलर	डलर	डलर
सार्वजनिक सहायता, फुड स्ट्याम्पस:	डलर	डलर	डलर
अन्य आय:	डलर	डलर	डलर
बचत र लगानीहरू:			
चेकिङ खाताहरूमा ब्यालेन्स (रकम):	डलर	डलर	डलर
बचत र सिडि खातामा रकमहरू	डलर	डलर	डलर
आइआरएहरू, ४०३बि, ४०१के:			
उल्लेख गर्नुहोस्:	डलर	डलर	डलर
अन्य बचत तथा लगानीहरू:			
उल्लेख गर्नुहोस्:	डलर	डलर	डलर
अन्य:			
अटोमोबाइल (सवारी साधन): वर्ष, बनोट (बनाउने कम्पनि), मोडल?			
मनोरञ्जनात्मक वाहन: वर्ष, बनोट (बनाउने कम्पनि), मोडल?			

14. घरपरिवारक खर्चहरू

मासिक भाडा भुक्तानी डलर : _____ वा मोर्टेज (धितो किस्ता) भुक्तानी डलर _____ धितो ऋण बक्यौता डलर _____

माथिको भुक्तानी रकममा सामेल नगरिएको सम्पत्ति कर रकम डलर _____ घरको मूल्य डलर : _____

प्राथमिक आवास बाहेक तपाईंको अरु कुनै सम्पत्ति छ ? {१} छ {२} छैन यदि छ भने मूल्य डलर: _____ धितो किस्ता बक्यौता डलर: _____

यदि अन्य सम्पत्ति कुनै बिजनेस (व्यवसायिक) हो भने, ठेगाना उल्लेख गर्नुहोस्: _____

मासिक ऋण भुक्तानी डलर: _____ लाई _____ का लागि भुक्तानी गर्ने: _____

सामाजिक सुरक्षण चेकबाट मेडिकेयर भाग डी कटौती गरिएको: {१} छ {२} छैन रकम डलर: _____

युटिलिटीहरू	डलर _____	बीम (सवारी साधन/जीवन/सम्पत्ति)	डलर _____	अन्य: _____	डलर _____
निर्वाह भरण/बच्चालाई सहयोग	डलर _____	स्वास्थ्य बीमा प्रिमियम	डलर _____	अन्य: _____	डलर _____
बच्चा स्याहार	डलर _____	स्वास्थ्यस्याहारका बिलहरू	डलर _____	अन्य: _____	डलर _____
जीविका(ग्यास, खाद्य, कपडाहरू)	डलर _____	औषधिहरू	डलर _____	अन्य: _____	डलर _____

15. अधिकारहरूको प्रत्यायोजन ध्यान दिएर पढ्नुहोस्

तल हस्ताक्षर गरेर म मेरो क्रेडिट रिपोर्ट र/वा कर दाखिलाको अनुरोध गर्न अधिकार प्रदान गर्दछु। यस आवेदनलाई प्रक्रियामा लैजानका लागि कर दाखिला हुनु आवश्यक छ र मेरो योग्यता निर्धारण गर्नुअघि थप जानकारीको लागि अनुरोध गर्न सकिनेछ भन्ने मैले बुझेको छु। यदि मैले आफ्नो आय वा सम्पत्तिहरू पूर्ण रूपमा खुलाइन वा गलत रूपमा प्रस्तुत गर्ने भने, परोपकारी स्याहार छुट प्रदान गर्ने कुनै पनि सहमति अमान्य हुनेछ र बाँकी बिलको पतिर्नुपर्ने पुरानै मिति कायम हुनेछ। सङ्कलन प्रक्रियाका क्रममा म कुनै/सबै कानुनी शुल्कहरूका लागि उत्तरदायी हुन सक्नेछु।

तल हस्ताक्षर गर्ने घरपरिवारका सबै वयस्क सदस्यहरूले उनीहरूको स्वास्थ्य स्याहार वा उनीहरूको आर्थिक सहयोग योग्यतासँग सोझै सम्बन्धित कुनै पनि मेडिकल, आर्थिक वा रोजगारीको जानकारीको प्रकटीकरणका लागि अधिकार प्रदान गर्दछन्। यो जानकारी त्यस्ता स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूलाई प्रकटीकरण गर्न सकिनेछ जसबाट घरपरिवारका सदस्यहरूले स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरू वा आर्थिक सहयोग खोजेका हुन्छन्। प्रदान गरिएका सबै जानकारीहरू हिपा(एचआइपिएए) संघीय नियमनहरूको प्रावधान अन्तर्गत गोप्य रहनेछन्। सहयोगका लागि इच्छाधीन प्रक्रियाहरू सोच-विचार नगरीन सक्छन्। यस आवेदनले समेटेका कुनै पनि प्रकारका चिकित्सा सेवाहरूको लागि यदि मैले भुक्तानी पाएँ भने म पूर्ण आर्थिक सहयोग फिर्ता भुक्तानी गर्नेछु भनी सहमति जनाउँछु, उदाहरणका लागि बीमा भुक्तानीहरू, सरकारी कार्यक्रम भुक्तानीहरू, मुद्दा मामिलाबाट प्राप्त रकम, वा अन्य कुनै भुक्तानी। यदि मैले आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्ने भने, मैले पहिले आवेदन गरेको सङ्गठनलाई मेरो योग्यतामा प्रभाव पार्ने कुनै पनि परिवर्तन सूचीत गर्न म सहमत छु, जसमा परिवारको आकार, आय र स्वास्थ्य बीमा कभरेजमा भएका परिवर्तनहरू सामेल छन्। यदि मेरो/हाम्रो चिकित्सा परिस्थिति परिवर्तन भएमा म/हामी सामाजिक सहयोग कार्यक्रमका लागि योग्य हुन सक्छौं, मैले सो कार्यक्रमका लागि आवेदन गर्नुपर्नेछ, र आवेदन गरेको प्रमाण पेश गर्नुपर्नेछ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।

आवेदकको हस्ताक्षर

मिति

सह-आवेदकको हस्ताक्षर

मिति