

### आदरणीय आवेदक:

आफ्नो स्वास्थ्य सेवाका खर्चहरूको भुक्तानी गर्दा तपाईंलाई आर्थिक कठिनाई सिर्जना हुन सक्छ भने, कृपया यो आवेदन भर्नुहोस्।

यस आवेदनले कुनै पनि Dartmouth Health स्थलहरूमा उपलब्ध सेवाहरूको खर्च घटाउने हाम्रो क्षमता निर्धारण गर्न हामीलाई सहयोग गर्ने छ। कृपया आफू वा आफ्नो घरपरिवारमा लागू हुने सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्। तपाईंले प्रदान गरेको कुनै पनि जानकारी गोप्य रहन्छ र त्यसलाई तपाईंको आवेदनलाई प्रक्रियामा लैजाने कर्मचारीले मात्र समीक्षा गर्छन्।

तपाईंले बीमा गर्नुभएको छ त्यसपछि तपाईं अन्य स्वास्थ्य पहुँच सञ्जाल (NH Health Access Network) का अन्य सहभागी प्रदायकहरूसँग आर्थिक सहयोगका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। एनएच स्वास्थ्य पहुँच सञ्जाल अस्पतालहरू र अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूको एउटा सञ्जाल हो जसले न्यु ह्याम्पसायर राज्यका अल्प-बोमित बच्चाहरू र वयस्क निवासीहरूको स्वास्थ्य स्याहारको पहुँचमा सुधार ल्याउने काम गर्छ।

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

|                                                                                                                              | आवश्यक                | लागू नहुने            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. तपाईंको सबैभन्दा पछिल्लो संघीय आय कर फिर्ता र सबै अनुसूचीहरूको पूर्ण प्रति                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. सबैभन्दा पछिल्लो डब्लु-2 फारामका प्रतिहरू।                                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. सबैभन्दा पछिल्ला तीन(३) वटा पेचेक स्टबका प्रतिहरू वा रोजगारदाता(हरू) बाट विवरण                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. सबैभन्दा पछिल्ला तीन(३)वटा बैङ्क स्टेटमेन्टका प्रतिहरू (उदाहरणका लागि, बचत, चेकिङ, मनी मार्केट फन्डहरू, आइआरए, ४०१के आदि) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. बेरोजगार, असक्तता वापत क्षतिपूर्ति सुविधा विवरणका प्रतिहरू                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. सामाजिक सुरक्षण र/वा पेन्सन सुविधाका प्रतिहरू                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. फुड स्ट्याम्प निर्दिष्टि (भागबन्डा) को प्रति                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. लाभान्सका स्रोतहरू, ट्रस्ट फन्डहरू र सम्पत्ति कर विवरणका प्रतिहरू                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. सरकारी सहयोगको सूचनाका प्रतिहरू;                                                                                          |                       |                       |
| - स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभागका सूचनाहरू (सबै पानाहरू)                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| -Medicaid स्पेन्ड डाउन पत्रहरू, Medicaid बाट पठाइएका अस्वीकरण सूचनाका प्रतिलिपिहरू                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| -प्रिमियम सहायता योजना (हरू) र बजार स्थान बीमा(हरू) बाट प्राप्त सूचनाहरू                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

तपाईंको पूर्ण आवेदन प्राप्त नहुन्जेल आफूले प्राप्त गरेका कुनै पनि सेवाहरूका लागि तपाईं आर्थिक रूपमा जिम्मेवार भइरहनु हुने छ। तपाईंले आफ्नो आवेदन दाखिला गरेको 30 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 9:00 बजेदेखि साँझ 4:30 बजेसम्म, सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म हो।

पूरा गरिएका आवेदनहरू तलका ठेगानाहरूमध्ये एउटामा फिर्ता गरिनुपर्छ।

|                                                                                                                                               |                                                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dartmouth Hitchcock</b><br>चिकित्सा केन्द्र<br>One Medical Center Drive<br>PFS: स्तर 3 FAA<br>Lebanon, NH 03756<br>फ्याक्स: (603) 650-6142 | <b>New London Hospital</b><br>पोस्ट बक्स 2150<br>ध्यान दिनुहोस्: वित्तीय सल्लाहकार<br>New London, NH 03257<br>फ्याक्स: (603) 526-5085 | <b>Cheshire Medical Center</b><br>580 Court St.<br>PFS: FAA<br>Keene, NH 03431<br>फ्याक्स: (603) 354-6533 | <b>माउन्ट असकटनी अस्पताल र स्वास्थ्य केन्द्र (Mt. Ascutney Hospital and Health Center)</b><br>ध्यान दिनुहोस्: वित्तीय सल्लाहकार<br>298 County Road<br>Windsor, VT 05089 | <b>Alice Peck Day Memorial Hospital</b><br>10 Alice Peck Day ड्राइभ<br>FAA<br>Lebanon, NH 03766<br>फ्याक्स: (603) 650-6142 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

|                                                                                                                   |                                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dartmouth Hitchcock</b><br>चिकित्सा केन्द्र<br>One Medical Center Drive<br>Lebanon, NH 03756<br>(603) 650-6222 | <b>Dartmouth Hitchcock</b><br>क्लिनिक म्यानचेस्टर<br>100 Hitchcock Way<br>Manchester, NH 03104<br>(603) 629-8293 | <b>Cheshire Medical Center</b><br>580 Court Street<br>Keene, NH 03431<br>(603) 354-5430                    | <b>New London Hospital</b><br>273 County Road<br>New London, NH 03257<br>(603) 526-5082                                                                                                   |
| <b>Dartmouth Hitchcock</b><br>क्लिनिक कन्कर्ड<br>253 Pleasant Street<br>Concord, NH 03301<br>(603) 229-5080       | <b>Dartmouth Hitchcock</b><br>क्लिनिक नाशुआ<br>2300 Southwood Drive<br>Nashua, NH 03063<br>(603) 577-4055        | <b>Alice Peck Day Memorial Hospital</b><br>10 Alice Peck Day ड्राइभ<br>Lebanon, NH 03766<br>(603) 308-0007 | <b>माउन्ट असकटनी अस्पताल र स्वास्थ्य केन्द्र (Mt. Ascutney Hospital and Health Center)</b><br>ध्यान दिनुहोस्: वित्तीय सल्लाहकार<br>298 County Road<br>Windsor, VT 05089<br>(802) 674-7233 |

## आर्थिक सहायता आवेदन

### 1. बिरामीको जानकारी

| थर             | पहिलो नाम       | मध्य (बिचको) नाम                                                                                                                | सामाजिक सुरक्षा #                                                                                                         | जन्ममिति                                                                 |
|----------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| स्ट्रिट ठेगाना | सहर             | राज्य                                                                                                                           | जिप कोड                                                                                                                   | ठेगानामा बसेको अवधि                                                      |
| हुलाकी ठेगाना  | सहर             | राज्य                                                                                                                           | जिप कोड                                                                                                                   |                                                                          |
| घरको फोन नम्बर | कामको फोन नम्बर | <input type="checkbox"/> अविवाहित<br><input type="checkbox"/> अलगगै (छुट्टीएर) बसेका<br><input type="checkbox"/> अमेरिकी नागरिक | <input type="checkbox"/> विवाहित<br><input type="checkbox"/> सम्बन्ध बिच्छेद भएको<br><input type="checkbox"/> एनएच निवासी | <input type="checkbox"/> नागरिक युनियन<br><input type="checkbox"/> विधवा |

### 2. बिल भुक्तानी गर्नका लागि जिम्मेवार व्यक्ति

| थर                                   | पहिलो नाम | मध्य (बिचको) नाम | सामाजिक सुरक्षा # | जन्ममिति        |
|--------------------------------------|-----------|------------------|-------------------|-----------------|
| ठेगाना यदि बिरामीको भन्दा भिन्न भएमा |           | घरको फोन नम्बर   |                   | कामको फोन नम्बर |
| बीमा कम्पनीको नाम                    |           |                  |                   | प्रभावकारी मिति |

### 3. कृपया आवेदक सहित घरमा बस्ने सबै मानिसहरूलाई सङ्केत गर्नुहोस्: आवश्यक भएमा कागजको अतिरिक्त पाना प्रयोग गर्नुहोस्

| नाम     | बिरामीसँगको सम्बन्ध: | जन्म मिति | सामाजिक सुरक्षा # | आवेदन दिने 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 चिन्ह लगाउनुहोस्) हो होइन को: \_\_\_\_\_  
 नीति #/आइडी# \_\_\_\_\_ कटौतीयोग्य रकम: \_\_\_\_\_  
 मेडिकेयर भाग ए \_\_\_\_\_, मेडिकेयर भाग बी \_\_\_\_\_ मेडिकेयर भाग बी भुक्तानी गर्नका लागि सहयोग प्राप्त गर्ने को: \_\_\_\_\_

### 6. के तपाईंको घरपरिवारमा कसैले मेडिकेडका लागि आवेदन दिएको छ? ☐ छ ☐ छैन को: \_\_\_\_\_

यदि छ र अस्वीकृत भयो भने कृपया मेडिकेड अस्वीकृती सूचनाको प्रतिलिपि दिनुहोस्।

### 7. के तपाईंले अर्को ठाउँमा आर्थिक सहयोगका लागि आवेदन गर्नुभएको छ? ☐ छ ☐ छैन यदि छ भने, कहाँ: \_\_\_\_\_

### 8. के तपाईंको परिवारमा कोही गर्भवती छ? ☐ छ ☐ छैन

### 9. के तपाईंको परिवारमा कसैले सेनामा सेवा गरेको छ? ☐ छ ☐ छैन को: \_\_\_\_\_

### 10. के तपाईंले हालसालै कामदारको क्षतिपूर्ति वा मोटर वाहन दुर्घटना दावी दर्ता गर्नु भएको छ? ☐ छ ☐ छैन मिति: \_\_\_\_\_

### 11. के तपाईंको परिवारमा कोही सामाजिक सुरक्षा सुविधाका लागि योग्य छ? ☐ छ ☐ छैनको: \_\_\_\_\_

### 12. के अन्य कसैले उनको आयकर दाखिलामा तपाईंलाई दावी गर्छ? ☐ छ ☐ गर्दैनको: \_\_\_\_\_

### 13. परिवारको सम्पत्तिसम्बन्धी जानकारी

|                                                   | व्यक्ति 1               | व्यक्ति 2               | व्यक्ति 3               |
|---------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| *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 भूसम्पत्तिबाट भाडाहरू:                        | डलर                     | डलर                     | डलर                     |
| बेरोजगारी:                                        | महिना / दिन / वर्ष सम्म | महिना / दिन / वर्ष सम्म | महिना / दिन / वर्ष सम्म |
| 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                     |
| <b>बचत र लगानीहरू:</b>                            |                         |                         |                         |
| चालू खाताको ब्यालेन्स:                            | डलर                     | डलर                     | डलर                     |
| बचत र सिङ्गल खातामा रकमहरू                        | डलर                     | डलर                     | डलर                     |
| आइआरएहरू, ४०३कि, ४०१के:                           |                         |                         |                         |
| उल्लेख गर्नुहोस्:                                 | डलर                     | डलर                     | डलर                     |
| अन्य बचत तथा लगानीहरू:                            | डलर                     | डलर                     | डलर                     |
| उल्लेख गर्नुहोस्:                                 |                         |                         |                         |

### 14. घरपरिवारक खर्चहरू

मासिक भाडा भुक्तानी डलर : \_\_\_\_\_ वा मोर्टगेज (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 ? ☐ हो ☐ छैन

मान \$ \_\_\_\_\_ धितो ब्यालेन्स: \$ \_\_\_\_\_

यदि अन्य सम्पत्ति व्यवसाय हो भने, ठेगाना सूचीबद्ध गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_ मासिक उधारो भुक्तानी: \$ \_\_\_\_\_

निम्नमा भुक्तान गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_ निम्नका लागि: \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षण चेकबाट मेडिकेयर भाग डी कटौती गरिएको: ☐ हो ☐ हैन रकम: \$ \_\_\_\_\_

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

निर्वाह-धन/बाल समर्थन \$ \_\_\_\_\_ स्वास्थ्य बीमा लाभ \$ \_\_\_\_\_ अन्य: \$ \_\_\_\_\_

बाल स्याहार \$ \_\_\_\_\_ जनस्वास्थ्य बीलहरू \$ \_\_\_\_\_ अन्य: \$ \_\_\_\_\_

जीवनयापन (ग्यास, खाना, कपडाहरू) \$ \_\_\_\_\_ औषधिहरू \$ \_\_\_\_\_ अन्य: \$ \_\_\_\_\_

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(एचआईपीए) 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 पाउँ 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 \_\_\_\_\_