

नीति शीर्षक	उधारो र सङ्कलन नीति	पोलिसी आइडी	4834
खोजशब्द	क्रेडिट, सङ्कलन, नोक्सान, कर्जा		

I. नीतिको उद्देश्य

डार्टमाउथ हेल्थ (DH) का लागि ठेक्का प्राप्त प्रतिनिधिका रूपमा कोनिफर राजस्व चक्र समाधान ("Conifer") ले बिरामीको खातामा बाँकी रकमहरू कसरी माग गर्ने र समाधान गर्ने भन्ने प्रक्रिया स्थापित गर्ने।

II. नीतिको दायरा

यो नीति Dartmouth Health (डार्टमाउथ हेल्थ) मार्फत बिल गरिएका सबै बाँकी रकमहरू तथा क्रेडिट र सङ्कलन प्रक्रियाको जिम्मेवारीमा रहेका सबै कर्मचारीहरूमा लागू हुन्छ। यो नीति महाकाव्य प्रणाली प्रयोग गर्ने DH(Dartmouth Health, डार्टमाउथ हेल्थ) सदस्य सुविधास्थलहरूमा लागू हुन्छ।

III. परिभाषा

सङ्कलन एजेन्सी: बाँकी रकम सङ्कलन गर्ने तेस्रो-पक्षलाई पूर्वनिर्धारित मानिन्छ।

कर्जाकर्ता: कर्जा चाहने व्यक्ति।

Dun स्तर: बिरामीको खातामा प्राप्त गर्नुपर्ने रकमसँग सम्बन्धित रूपमा बिरामीसँग गरिने सञ्चारको स्तर। dun स्तर जति उच्च हुन्छ त्यतिनै बाँकी रकमलाई पूर्वनिर्धारित मानिने क्रम निकट हुन्छ।

पूर्वनिर्धारित: कथनमा पहिचान गरिएको भुक्तानी सर्तहरूको अनुसार भुक्तान नगरिएको, भुक्तानी स्थापित नगरिएको र सक्रिय प्राप्यबाट सङ्कलन एजेन्सीलाई स्थानान्तरण गरिएको बाँकी रकम।

उत्तरदायी: बिरामीको बीमा जसको अधिनमा छ सो व्यक्तिका बावजूद, अभिभावक (अन्यथा राज्य वा अदालतद्वारा उल्लेख नगरिँदासम्म) को रूपमा पहिचान गरिए अनुसार 18 वर्षभन्दा बढी उमेरका कुनै पनि बिरामी। 18 वर्षको उमेर भन्दा मुनीका कुनै पनि बिरामीको लागि, आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकलाई उत्तरदायीको रूपमा सूचीबद्ध गरिनेछ।

ECA: असाधारण सङ्कलन कार्यवाही

Dartmouth Health: यस नीतिका उद्देश्यहरूका लागि Dartmouth-Hitchcock Clinic (डार्टमाउथ-हिचकक हेल्थ) प्रणाली सदस्यहरू (D-H) Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. (एलेस पेक डे मेमोरियल अस्पताल, चेसीर मेडिकल सेन्टर, माउन्ट) Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Hampstead Hospital, Southern Vermont

प्रिन्ट गरिएका प्रतिलिपिहरू सन्दर्भका लागि मात्र हुन्। कृपया नवीनतम संस्करणको लागि विद्युतीय प्रतिलिपिको सन्दर्भ लिनुहोस्।

सन्दर्भ आइडी #4834, संस्करण #13

स्वीकृति मिति: 05/01/2025

Medical Center (SVMC), Valley Regional, and Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) (अस्कट्नी अस्पताल तथा स्वास्थ्य केन्द्र, न्यू लन्डन अस्पताल, मेरी हिचकक मेमोरियल अस्पताल, ह्याम्पस्टेड अस्पताल, सदरन भर्मन्ट मेडिकल सेन्टर (SVMC), भ्याली क्षेत्रीय, भर्मन्ट तथा न्यू ह्याम्पशायरका लागि भ्रमणशील नर्स तथा हस्पिस (VNH))। New Hampshire र Vermont मा भएका अन्य सबै अस्पताललाई गैर सदस्य सुविधाहरू मानिन्छ।

यो नीति महाकाव्य प्रणाली प्रयोग गर्ने DH(Dartmouth Health, डार्टमाउथ हेल्थ) सदस्य सुविधास्थलहरूमा लागू हुन्छ।

IV. नीति विवरण

- DH ले बिरामीको लागि सबैभन्दा हालको जमानतदाताको बीमा जानकारी सङ्कलन गर्न नियमित रूपमा प्रयास गर्छ र विद्यमान बीमा तथा लाभ प्रमाणीकरण उपकरणहरू मार्फत बीमाले ढाक्ने र बिरामीले आफैं तिर्नुपर्ने जिम्मेवारीको प्रमाणीकरण गर्छ।
- सेवा अघि वा सेवाको समयमा माग गरिने भुक्तानी व्यवस्था लागि सह-बीमा तथा कटौतीयोग्य बाँकी रकमजस्ता आत्म-भुक्तानी खर्चहरूको अनुमान गरिन्छ।
 - बिरामीहरूसँग सेवाहरू प्राप्त गरिसकेपछि व्यक्तिगत खर्चहरू भुक्तान गर्नका लागि हुनेसक्ने विकल्प प्रदान गरिन्छ।
 - केही सेवाहरूमा पूर्वभुक्तानी (उदाहरण कस्मेटिक, श्रवण उपकरणहरू आदि) आवश्यक पर्न सक्छ।
- कुनै पनि भुक्तान नगरिएका बाँकी रकमको लागि, DH ले बिलिङ विवरण जारी गर्नेछ र पूर्ण भुक्तानी गर्न अनुरोध गर्नेछ।
- न्यूनतम भुक्तानीका अपेक्षाहरूलाई बजेट योजनाको प्रक्रियामा सीमांकित गरिए अनुसार पूरा नगर्दासम्म आंशिक भुक्तानीहरू स्वीकार गरिन्छ। हेर्नुहोस् "बजेट भुक्तानी तथा पुनः स्थापन योजना प्रक्रिया:" राजस्व व्यवस्थापन शाखा (तल लिंक गरिएको)।
- बाँकी रकमलाई असूल गर्न नसकिने भनी निर्धारित गर्दा तिर्न बाँकी रहेका रकम सङ्कलनहरूमा स्थान्तरण हुन सक्छन् र उक्त समयमा, सङ्कलन एजेन्सीमा स्थानान्तरण गरिएका बाँकी रकमलाई पूर्वनिर्धारित मानिन्छ वा तिर्न बाँकी रकमलाई खराब कर्जाको रूपमा वर्गीकृत गर्न सकिन्छ।

A. स्व-भुक्तानी बाँकी रकम

- स्व-भुक्तानी बाँकी रकमहरू भन्नाले ती शुल्कहरू जनाउँछन् जुन जमानतदाताको जिम्मेवारीमा पर्छन्।
- यिनीहरूमा निम्न कुराहरू समावेश हुन्छन् तर यतिमा मात्र सीमित हुँदैनन्:
 - बीमा नभएका व्यक्तिहरूका लागि खातामा भएको बाँकी रकम
 - निम्न सहित बीमा वा तेस्रो पक्षका भुक्तानीहरू पछिको बाँकी रकम:
 - बिरामीको बीमा योजनाले परिभाषित गरेअनुसार बीमाले ढाक्ने सेवाहरूको रूपमा मानिने शुल्कहरू
 - सह-भुक्तानीहरू
 - सह-बीमा
 - कटौतीयोग्य रकमहरू
 - आफ्नै बीमाको बिल बनाउने र DH मा असाइनमेन्ट नबनाउने भनी रोच्ने उत्तरदायीहरू
 - बिरामीका सुविधाजनक वस्तु

प्रिन्ट गरिएका प्रतिलिपिहरू सन्दर्भका लागि मात्र हुन्। कृपया नवीनतम संस्करणको लागि विद्युतीय प्रतिलिपिको सन्दर्भ लिनुहोस्।

सन्दर्भ आईडी #4834, संस्करण #13

स्वीकृति मिति: 05/01/2025

B. स्व-भुक्तानीमा स्थानान्तरणहरू

- निम्न अवस्थाहरू पूरा नगरिँदासम्म उत्तरदायीलाई स्थानान्तरण गरिने बाँकी रकम र विवरणहरू तेस्रो-पक्ष भुक्तानीकर्ताहरूसँग सेवाहरूका लागि भुक्तानीहरू समाधान भएपछि मात्र पठाइन्छः
 - भुक्तानी प्राप्त गर्न निरन्तर प्रयास गरे तापनि, DH भुक्तानीकर्ताद्वारा निर्णय गरिएको दाबी लिन सफल भएको छैन।
 - उत्तरदायीले दाबीको निर्णय गर्न आवश्यक जानकारीका लागि गरिएका अनुरोधहरूमा प्रतिक्रिया जनाउनुभएको छैन भनी DH लाई तेस्रो पक्ष बीमाकर्ताद्वारा सूचित गरिएको छ।
 - उत्तरदायीले गलत बीमा जानकारी उपलब्ध गराउनुहुन्छ। बिरामीको लागि निर्माण गरिएको पहिलो विवरणले ग्राहक सेवाको फोन नम्बर उपलब्ध गराउनेछ र सही नभएमा बीमा जानकारी अद्यावधिक गर्न अनुरोध गर्नेछ।

C. बिरामीका बिलिङ विवरणहरू

- उत्तरदायीहरूले हाल निम्नानुसार विवरणहरू प्राप्त गर्नुभयोः
 - रिजोल्युट अस्पताल बिलिङ
 - सबै अस्पतालका सेवाहरू र सबै अस्पतालमा आधारित MD कार्यालय भेटहरू।
 - स्थिर पेशागत बिलिङ
 - प्रदायकहरूका लागि व्यावसायिक शुल्कहरू (अस्पतालमा आधारित घुम्ती सेवाहरू बाहेक, दन्त सेवाहरू समेत समावेश)।
- अस्पताल र क्लिनिक सेवाहरूका लागि विवरणहरूको उत्पादनका लागि सामान्य मार्गनिर्देशन निम्नानुसार छन्ः
 1. विवरणहरूलाई सामान्य रूपमा मासिक आधारमा उत्पादन गरिन्छ।
 2. सबै विवरणहरू उत्तरदायीको स्तरमा बनाइन्छ, यसको अर्थ बहु भेट वा बहु बिलहरूलाई एकल विवरणमा सूचीबद्ध गरिने छ।
 3. अर्को विवरणका मिति र डनिङ स्तरहरूलाई पोस्ट गरिएका भुक्तानीहरूको आधारमा विवरण उत्पादन गर्नुपूर्व निर्दिष्ट गरिन्छ।
 4. डनिङ हटाउनका लागि, न्यूनतम भुक्तानीलाई स्थापित बजेट योजनासँग सम्बन्धित भएको बनाउनु पर्छ।
 5. सामयिक आधारमा न्यूनतम भुक्तानीको आवश्यकता पूरा गर्ने उत्तरदायीहरूले अर्को स्तरमा डनिङ अग्रीम प्राप्त गर्नु हुनेछैन।

D. सङ्कलन एजेन्सीका सिफारिसहरू

- DH ले बिरामी आर्थिक सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनि निर्धारण गर्नको लागि उचित प्रयासहरू गर्नुअघि क्रेडिट रिपोर्टिङ एजेन्सीहरूमा रिपोर्ट गर्ने जस्ता असाधारण सङ्कलन कार्यहरू (ECAs) प्रयोग गर्नेछैन। बिरामीलाई पहिला बिरामी आर्थिक सहायता को लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न (यसमा अनुमानित योग्यताको प्रयोग समावेश हुन्छ) भनि निर्धारण गर्नको लागि उचित प्रयासहरू गरिसकेपछि मात्र सङ्कलनहरूमा पठाइन्छ। कुनै पनि अपवादहरू प्रमुख आर्थिक अधिकारीद्वारा स्वीकृत गरिएको हुनुपर्नेछ। आर्थिक सहायता योग्यता सम्बन्धी कार्यहरूबारे जानकारीका लागि कृपया हाम्रो "स्वास्थ्य सेवाहरूका लागि आर्थिक सहायता नीति" हेर्नुहोस् (तलको लिंकमा)। प्रति अनलाइन उपलब्ध छन् वा बिरामी वित्तीय सेवा कार्यालयहरूमा अनुरोध गर्न सकिन्छ, वा 844-808-0730 मा फोन गरेर बिरामीहरूलाई हुलाकमार्फत पठाउन सकिन्छ।

- DH पहिलो पोस्ट-डिस्चार्ज बिलिङ विवरण पठाइएको कम्तीमा 120 दिनसम्म सङ्कलन एजेन्सीका कार्यवाहीबाट टाढा रहनेछ र DH ले सङ्कलनहरूमा पठाउने कम्तीमा 30 दिन पूर्व सूचना पठाउनेछ।

E. अनुमानित परोपकार

DH ले आर्थिक आवश्यकतामा मूल्याङ्कन गर्नका लागि बिरामीको जानकारीलाई समीक्षा गर्न तेस्रो पक्षको प्रयोग गर्न सक्छ। यो समीक्षाले स्वास्थ्यस्याहार उद्योग-प्रमाणित, आकलनीय ढाँचा (प्रेडिकटिभ मोडल) प्रयोग गर्छ जुन सार्वजनिक अभिलेख तथ्यांक (पब्लिक रेकर्ड डेटाबेस) मा आधारित हुन्छ। मोडेलले आय, संसाधनहरू र सम्पत्तिको लागि अनुमानहरू समावेश गर्ने सामाजिक-आर्थिक तत्त्व र आर्थिक क्षमताको अङ्क गणना गर्न सार्वजनिक रेकर्ड डाटालाई समाविष्ट गर्छ। मोडेलको नियम सेट प्रत्येक बिरामीको मूल्याङ्कन एउटै मापदण्ड अनुसार गर्न डिजाइन गरिएको छ र यो Dartmouth Health प्रणालीमा विगतमा स्वीकृत आर्थिक सहायता निर्णयहरूका आधारमा समायोजन गरिएको हुन्छ।

बिरामीद्वारा प्रत्यक्ष रूपमा उपलब्ध गराएको जानकारीको अनुपस्थिति हँदाको अवस्थामा अनुमानित योग्यता प्रदान गर्न D-H द्वारा भविष्यसूचक मोडेलबाट प्राप्त जानकारी प्रयोग गरिएको हुन सक्छ। आनुमानिक आर्थिक सहयोग मेडिकेयर पछिको बक्यौताका लागि उपलब्ध छैन।

विवरणपछि, कर्जा सङ्कलन गर्ने सूचनाहरूपछि र आर्थिक सहायता आवेदन पूरा गर्ने विकल्पको सूचनामा प्रतिक्रियाशील नभएका बिरामीहरूलाई आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउन बाहिरी सङ्कलन एजेन्सीलाई खाता सम्बन्धी सिफारिस गर्नुपूर्व 120 दिन भन्दा बढी योग्य खाताहरूमा रहेका तिर्न बाँकी रकमलाई ध्यानमा नराखिकन अनुमानित परीक्षण प्रयोग गरिन्छ। समय सीमाहरू नाघिसकेका इच्छापत्र अकाउन्ट आनुमानिक तहकिकातका लागि योग्य हुन्छन्।

अनुमानित परोपकारले परम्परागत आर्थिक सहायता प्रक्रिया (FAP) लाई प्रतिस्थापन गर्दैन; यो ती प्रयासहरूलाई पूरक रूपमा प्रयोग गरिन्छ, र परम्परागत FAP प्रक्राप्रति प्रतिक्रिया नदिने बिरामीहरूका लागि लक्षित गरिएको हो। यी बिरामीहरूका समस्याहरू हटाउने र बिरामीप्रतिका हाम्रो लाभलाई सुधार गर्ने प्रयासमा, अस्पतालले खराब कर्जा नियोजन पूर्व विद्युतिय परीक्षण प्रक्रिया प्रयोग गर्छ। अनुमानिक परोपकारका लागि योग्य फेला परेका बिरामीहरूलाई खराब कर्जा सङ्कलन निकायमा राखिएको हुनेछैन।

यस कार्यक्रममा समावेशन सार्वजनिक रेकर्ड जानकारी प्रयोग गर्ने स्कोरिङ अल्गोरिदममा आधारित छ र यसले सामान्यतया स्लाइडिङ शुल्क स्केलको प्रयोग गर्दैन। अनुमानित परोपकारसँग आंशिक छूटहरूलाई अनुमति दिइएको छैन। विशिष्ट जनसांख्यिकीय जनसङ्ख्याहरू निम्न कुराहरू समावेश गर्न अभिप्रेत छन्:

- घरबार वा परिचित परिवार नभएको मृतक
- अस्थायी, घरविहीन व्यक्ति
- कुनै सहायता समूह नभएको परिवारबाट छुट्टिएर बस्ने व्यक्तिहरू
- अप्रतिक्रियाशील वा पारम्परिक प्रक्रिया पूरा गर्न अयोग्य बिरामीहरू

अनुमानित परोपकार स्कोरिङले सामाजिक-आर्थिक तत्त्व र गैर-क्रेडिटमा आधारित डाटा समाविष्ट गर्छ। परीक्षण प्रक्रियाले निम्न जानकारी समावेश गर्ने सार्वजनिक डाटाबेसहरूको लाभ उठाउँछ:

- उपभोक्ताका कारोबार
- अदालतका रेकर्ड

प्रिन्ट गरिएका प्रतिलिपिहरू सन्दर्भका लागि मात्र हुन्। कृपया नवीनतम संस्करणको लागि विद्युतीय प्रतिलिपिको सन्दर्भ लिनुहोस्।

सन्दर्भ आईडी #4834, संस्करण #13

स्वीकृति मिति: 05/01/2025

- सम्पत्तिको स्वामित्व
- गृह स्वामित्व र भाडामा बस्ने व्यक्ति
- क्षेत्रको जनसाङ्ख्यिकीय, अर्थव्यवस्था
- रोजगारको स्थिति
- उपयोगिता फाइल
- सरकारी
- फाइल (दिवालियापन, SSN, मृतक व्यक्तिहरू)

अनुमानित परोपकार क्रेडिट ब्यूरो रिपोर्टिङ डाटामा निर्भर रहँदैन र क्रेडिट रिपोर्टिङमा कुनै अस्पष्ट हिटहरू छोड्दैन। प्राप्त गरिएको जानकारीले 0 (एकदमै आवश्यक पर्ने) देखि 1000 (कम आवश्यक पर्ने) सम्मको अनुमानित परोपकार स्कोर समाविष्ट गर्छ। जानकारीले आय, सम्पत्तिहरू र तरलता सम्पत्ति सहित तर यसमा मात्र सीमित नभएका परिचित तत्वहरूमा आधारित उत्तरदायीको आवश्यकतालाई पूर्वानुमान गर्छ।

योग्य खाताहरूको पहिचान

- एउटा बिलिङ झन्डा योग्य खाताहरूमा थपिनेछ
- Medicare योग्यता हटाइने छ
- अनुमोदित भएमा, योग्य खाताहरू पहिचान गर्नका लागि EPIC समायोजन कोडहरू प्रयोग गरिनेछ
 - बीमा र कोडपछि 5027 अनुमानित निःशुल्क स्याहार
 - 5026 अनुमानित निःशुल्क स्याहार

F. विक्रेता क्रेडिट नीति

- DH सँग ग्राहक/विक्रेता खाताहरूका निम्न तीन वर्गहरू छन्:
 - खोज अध्ययन खाताहरू
 - व्यावसायिक ग्राहक खाता (जस्तै: हस्पिस, SNF, नगर खाता, प्रयोगशाला आदि)।
 - रोजगारीको लागि अवस्था अनुसार रोजगारदाताद्वारा आवश्यक गराइएका सेवाहरूका लागि सम्झौता भएका व्यावसायिक स्वास्थ्य खाताहरू रोजगारदाताद्वारा भुक्तानी गरिन्छ
- मासिक विवरणहरू उत्पादन गरिन्छ र विवरण मितिको 30 दिनभित्र पूर्ण रूपमा बाँकी हुन्छन्।
- यी खाताहरूमा कुनै पनि बजेट व्यवस्थापन गरिनेछैन।
- 30 दिनभन्दा बढी पुराना खाता भएका व्यक्तिहरूलाई बक्यौता रकमको जानकारी दिने पत्र पठाइन्छ, जसमा यो पनि उल्लेख गरिन्छ कि निरन्तर भुक्तानी नगरेमा सबै बाँकी रकममा प्रति महिना 1.5% को दरले ब्याज लाग्न सक्छ।
- DH ले सङ्कलन एजेन्सीहरूमा पूर्वनिर्धारित खाताहरू पठाउने अधिकार सुरक्षित गर्छ।

G. दिवालियापन खाताहरू

- दिवालियापन अदालतद्वारा दुई प्रकारका दिवालियापन सूचनाहरू पठाइन्छ:
 - फाइलिङ सुरूवातको सूचना
 - कर्जाको डिस्चार्ज/प्रतिबन्ध
- DH ले दिवालियापन बारे सूचित गरिसकेपछि सबै सङ्कलन प्रयासहरू बन्द गर्नुपर्छ।

प्रिन्ट गरिएका प्रतिलिपिहरू सन्दर्भका लागि मात्र हुन्। कृपया नवीनतम संस्करणको लागि विद्युतीय प्रतिलिपिको सन्दर्भ लिनुहोस्।

सन्दर्भ आईडी #4834, संस्करण #13

स्वीकृति मिति: 05/01/2025

- DH द्वारा सुरूवातको सूचना प्राप्त गरिएको छ।
 - फाइलिङ व्यक्तिगत वा संयुक्त मध्ये एक हुन सक्छ र बालबालिकालाई सूचीबद्ध गरिंदैन।
 - सबै परिवारका सदस्यहरूलाई पहिचान गरिएको हुनुपर्छ र प्रत्येक खातामा दिवालियापन प्रक्रियाहरू सुरूवात गरेको र फाइलिङको मिति नोट गरिएको हुनुपर्छ।
 - यदि कुनै खाता बाह्य सङ्कलन एजेन्सीसँग पठाइएको छ भने, उक्त खाताको अभिलेख राखिनु पर्दछ, एजेन्सीलाई जानकारी गराइनु पर्दछ, र दर्ताको प्रतिलिपि दिवालिया अदालतमा अभिलेखको लागि पठाइनु पर्दछ।
 - सूचनामा निर्दिष्ट गरिएका सबै शुल्कहरूलाई दिवालियापनको उद्देश्यहरूका लागि समावेश गरिनेछ।
 - सबै शुल्कहरू दिवालियापन आर्थिक कक्षामा अद्यावधिक गरिनुपर्छ।
- दिवालियापनको अन्तिम निर्णय लिँदा, अदालतले कर्जा सूचनाको प्रतिबन्ध वा डिस्चार्ज मध्ये एउटा पठाउनेछ।

प्रतिबन्धको अवस्थामा, DH ले सङ्कलनहरू पुनः आरम्भ गर्न सक्छ।

- DH ले डिस्चार्ज प्राप्त गर्छ भने, हामी महाकाव्य प्रणालीमा कुनै पनि बाँकी रकम समायोजन गर्नुपर्छ।
- दिवालियापनसँग सम्बन्धित सबै खाताहरूले अन्तिम परिणामको नोट गरेको हुनुपर्छ।
- सङ्कलन एजेन्सीहरूलाई कुनै पनि सहायता कागजातहरू बारे सूचित गरिनेछ र पठाइनेछ।

H. मुद्दा-मामिलाका दाबीहरू

- DH ले वादी व्यक्त गर्ने बिरामीले कुनै पनि अनुगामी समझौतामा DH को हितलाई संरक्षण गर्नेछ भनी प्रतिनिधित्व गर्ने वकीलद्वारा पठाइएको संरक्षण पत्र (LOP) को प्राप्तिको निमित्त मुद्दा-मामिलामा रहेका खाताहरूका लागि स्वयम्-भुक्तानीका बाँकी रकमको अनुसरणलाई कम गर्नेछ र विजय बाँकी रकमहरूलाई दाबी गर्नेछ।
- यदि समझौता अस्वीकृत गरियो भने, बाँकी रकमहरू पुनः जमानतदाताको जिम्मामा फर्किन्छन् र भुक्तानीको व्यवस्था गरिन्छ।
- DH ले अस्पतालको हितका लागि जिम्मेवारी सम्बन्धी मुद्दाहरूमा धितो दर्ता गर्ने अधिकार सुरक्षित राख्दछ।

V. सन्दर्भहरू - उपलब्ध छैन

जिम्मेवार मालधनी:	राजस्व व्यवस्थापन विभाग	सम्पर्क:	Kimberly Mender
स्वीकृत गर्ने:	नीति समर्थन कार्यालय (OPS); Mender, Kimberly; Muhlen, John	संस्करण #	13
वर्तमान स्वीकृती मिति:	05/01/2025	पुरानो दस्तावेज आइडि:	
यो नीति प्रभावकारी हुने मिति:	05/01/2025		
सम्बन्धित नीतिहरू र प्रक्रियाहरू:	बजेट भुक्तानी र पुनर्नियुक्ति योजना प्रक्रियाहरू ; राजस्व व्यवस्थापन विभाग स्वास्थ्यस्याहार सेवाका लागि आर्थिक सहयोग नीति		
सम्बन्धित कार्य सहयोगीहरू:			

प्रिन्ट गरिएका प्रतिलिपिहरू सन्दर्भका लागि मात्र हुन्। कृपया नवीनतम संस्करणको लागि विद्युतीय प्रतिलिपिको सन्दर्भ लिनुहोस्।

सन्दर्भ आइडी #4834, संस्करण #13

स्वीकृति मिति: 05/01/2025