

आदरणीय आवेदक:

यदि तपाईंको स्वास्थ्य सेवाको लागि तिर्न गाह्रो छ भने कृपया यो आवेदन भर्नुहोस्।

यो अनुप्रयोगले हामीलाई डार्टमाउथ हेल्थ स्थानहरूमा सेवाहरूको लागि तपाईंको स्वास्थ्य सेवा लागत घटाउन सक्छौं कि सक्दैनौं भनेर निर्णय गर्न मद्दत गर्दछ। कृपया तपाईं र तपाईंको परिवारका सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्। तपाईंको जानकारी गोप्य छ। यो तपाईंको आवेदन प्रशोधन गर्ने कर्मचारीहरूसँग मात्र साझा गरिनेछ।

यदि तपाईंको आम्दानी र आप्रवासी स्थिति मेडिकेडको लागि योग्य छ भने, तपाईंले आवेदन दिनुपर्नेछ। हामी तपाईंलाई यो गर्न मद्दत गर्न सक्छौं। यदि तपाईं दुर्घटनामा पर्नुभयो भने, तपाईंले तेस्रो-पक्ष दायित्व जस्ता भुक्तानीका अन्य स्रोतहरू प्रयोग गर्नुपर्नेछ।

तपाईं आर्थिक सहायताको लागि योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्न भनेर हेर्न हामीलाई तपाईंको आम्दानी र तरल सम्पत्तिको प्रमाण चाहिन्छ। कृपया निम्न प्रदान गर्नुहोस्:

आवश्यक कागजातहरू

- आम्दानी तपाईंको सबैभन्दा पछिल्लो संघीय आयकर विवरण तथा त्यससँग सम्बन्धित सबै अनुसूची र फारामहरू (जस्तै, 1040, 1099 आदि) को पूर्ण प्रतिलिपि। नोट: यदि तपाईंले कर दाखिला गर्नुहुन्न वा यसले तपाईंको हालको आम्दानीलाई प्रतिबिम्बित गर्दैन भने, कृपया तल वैकल्पिक कागजात विकल्पहरू हेर्नुहोस्।
- तरल सम्पत्ति: आवेदनमा आवेदन दिने व्यक्तिले राखेको प्रत्येक खाताको लागि दुई (2) सबैभन्दा हालसालैको बैंक वा अन्य वित्तीय विवरणहरू (जस्तै, बचत, चेकिङ, मुद्रा बजार, आदि) को प्रतिलिपि।

वैकल्पिक आय कागजात

- यदि रोजगारीमा हुनुहुन्छ भने: आवेदन दिने प्रत्येक व्यक्तिको लागि सबै रोजगारदाताबाट दुई (2) हालसालैको तलब स्टबहरूको प्रतिलिपि। यदि उपलब्ध छैन भने, कृपया रोजगारदाताबाट आय जानकारी सहितको लिखित विवरण प्रदान गर्नुहोस्।
- यदि बेरोजगार हुनुहुन्छ भने: लागू भएमा बेरोजगारी भत्ता विवरणको प्रतिलिपि (जस्तै, चेक, बैंक स्टेटमेन्ट, अनलाइन, आदि)।
- यदि स्वरोजगार हुनुहुन्छ भने: विगत 3 महिनाको नाफा र नोक्सान विवरण।
- यदि तपाईंसँग भाडाको सम्पत्ति छ भने: भाडा आम्दानी - IRS फारमको हालको तालिका E को प्रतिलिपि।
- यदि तपाईंले सामाजिक सुरक्षा अशक्तता लाभहरू प्राप्त गर्नुभयो भने: अपाङ्गता क्षतिपूर्ति लाभ विवरण/पुरस्कार पत्र वा चेक, बैंक स्टेटमेन्ट, अनलाइन, आदिको प्रतिलिपि।
- यदि तपाईंले सामाजिक सुरक्षा, पेन्सन, अवकाश आय प्राप्त गर्नुहुन्छ भने: तपाईंको पुरस्कार पत्र, चेक स्टब, बैंक स्टेटमेन्ट, आदिको प्रतिलिपि। नोट: पूरक सुरक्षा आय प्रदान गर्नु आवश्यक छैन।
- अन्य प्रकारका आम्दानी: यदि तपाईंले यहाँ सूची बद्ध नगरिएको आम्दानी प्राप्त गर्नुभयो भने, आवश्यक कागजातहरू निर्धारण गर्न कृपया हाम्रा बिरामी अधिकृतहरूलाई 844-647-6436 मा कल गर्नुहोस्।

तपाईंको पूरा गरिएको आवेदन प्राप्त नहुन्जेल आफूले प्राप्त गरेका कुनै पनि सेवाहरूका लागि तपाईं आर्थिक रूपमा जिम्मेवार भैरहनुहुनेछ। 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 (बिरामी अधिवाचक) हरूमध्ये एक जनालाई (844-647-6436) मा फोन गर्नुहोस्। **कार्यालय समय सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म बिहान 9:00 बजेदेखि साँझ 4:30 बजेसम्म, सोमबारदेखि शुक्रबारसम्म हो।**

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

Dartmouth Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive
Lebanon NH 03756
603-650-6222

Dartmouth-Hitchcock
Clinics Concord
253 प्लेजेन्ट स्ट्रिट
Concord, NH 03301
603-229-5080

Dartmouth Hitchcock
Clinics Manchester
100 Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
603-629-8293

Dartmouth Hitchcock
Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
603-577-4055

चेसीर मेडिकल सेन्टर
(Cheshire Medical Center)
580 Court Street
Keene, NH 03431
603-354-5430

एलेस पेक डे मेमोरियल
अस्पताल (Alice Peck Day
Memorial Hospital)
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
603-308-0007

न्यू लन्डन अस्पताल
273 County Road
New London, NH 03257
603-526-5503

माउन्ट माउन्ट एस्कट्नी
अस्पताल तथा स्वास्थ्य
केन्द्र 298 काउन्टी रोड
Windsor, VT 05089
802-674-7233

उपत्यका क्षेत्रीय अस्पताल
243 Elm Street
Claremont, NH 03743
603-543-6947

**Completed applications
should be returned to
the address below:**

Dartmouth Hitchcock
Medical Center
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
Fax: 603-640-1913

आर्थिक सहायता आवेदन

1. बिरामीको जानकारी

थर	पहिलो नाम	मध्य (बिचको) नाम	SSN#	जन्म मिति
स्ट्रिट ठेगाना	सहर	राज्य	ZIP	
पत्राचार ठेगाना (माथि उल्लेख गरिएको भन्दा फरक भएमा)	सहर	राज्य	ZIP	
घरको फोन नम्बर	कार्यालय फोन नम्बर			
☐ अविवाहित ☐ विवाहित ☐ सिभिल युनियन ☐ अलगगै (छुट्टीएर) बसेका ☐ सम्बन्ध बिच्छेद गरेका ☐ विधवा				

2. कृपया तपाईंको घर परिवारमा बस्ने सबै आश्रितहरूको सूची बनाउनुहोस्।

(घरपरिवार भन्नाले आफू, पति/पत्नी/घरेलु साझेदार र सबै घर आश्रितहरूको रूपमा परिभाषित गरिन्छ।)

नाम	बिरामीसँगको सम्बन्ध	जन्म मिति	SSN#	आवेदन गर्दै हो/होइन
1. आफैं				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

3. के यो आवेदन भविष्यका वा विगतका सेवाहरूका लागि हो ? ☐ भविष्यका ☐ विगतका सेवाका मितिहरू: _____

4. यदि आफ्नो घरपरिवारमा कसैको बीमा छ भने कृपया भर्नुहोस्:

स्वास्थ्य बीमा (योजना/नाम) _____ स्वास्थ्य बचत खाता ☐ हो ☐ होइन को: _____

पोलिसी आइडी _____ कटौतीहुने रकम: _____

मेडिकेयर भाग ए _____, मेडिकेयर भाग बी _____ मेडिकेयर भाग बी भुक्तानी गर्नका लागि सहयोग प्राप्त गर्ने _____, को: _____

5. के तपाईंको घरपरिवारमा कसैले मेडिकेडका लागि आवेदन दिएको छ ? ☐ छ ☐ छैन कसको: _____

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

6. के तपाईंको परिवारमा कोही गर्भवती छ ? ☐ हो ☐ होइन

7. के तपाईंको परिवारमा कसैले सेनामा सेवा गरेको छ ? ☐ छ ☐ छैन कसको: _____

8. के तपाईंले हालसालै कामदारको क्षतिपूर्ति वा मोटर वाहन दुर्घटना दावी दर्ता गर्नु भएको छ ? ☐ छ ☐ छैन मिति: _____

9. के तपाईंको परिवारमा कोही सामाजिक सुरक्षा सुविधाका लागि योग्य छ ? ☐ छ ☐ छैन कसको: _____

10. के अन्य कसैले उनको आयकर दाखिलामा तपाईंलाई दावी गर्छ ? ☐ छ ☐ छैन कसको: _____

11. कर घरायसी आय/तरल सम्पत्ति जानकारी

	व्यक्ति 1	व्यक्ति 2	व्यक्ति 3
*घरपरिवारका प्रत्येक सदस्यको नाम:			
रोजगारदाताको नाम:			
<i>निम्न (स्रोत)बाट कुल मासिक			
<i>आय:<i>			
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)			
भत्ता:	डलर	डलर	डलर
(2019 भन्दा पहिलेको बसोबासबाट)			
बचत र तरल सम्पत्ति:			
चालू खाताको ब्यालेन्स:	डलर	डलर	डलर
बचत र सिडि खातामा रकमहरू	डलर	डलर	डलर
अन्य तरल बचत र लगानी:			
उल्लेख गर्नुहोस्:	डलर	डलर	डलर

अतिरिक्त जानकारी

कृपया तपाईंको हालको आर्थिक अवस्थाको बारेमा अन्य कुनै जानकारी समावेश गर्नुहोस् जुन तपाईं हामीलाई थाहा दिन चाहनुहुन्छ, जस्तै, बिल तिर्न कठिनाई, भाडा वा खाना।

तल हस्ताक्षर गरेर म मेरो कर रिटर्नको लागि अनुरोधलाई अधिकृत 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 गरेर भने, परोपकारी स्याहार छूट प्रदान गर्ने कुनै पनि सहमति अमान्य हुनेछ र बाँकी बिलको पतिर्नुपर्ने पुरानै मिति कायम हुनेछ। सडकलन 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 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 गरे 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