

यो कुन वीमा योजना नभइकन परोपकारी हेरविचार कार्यक्रम भएकाले कुनै स्थापित कोष छैन। cmc को चिकित्सक/अभ्यास ले प्रदान गर्ने सेवाहरूको पैसा लाग्दैन। सबै नवीकरण आवेदनहरूको कारबाही समयमै सुरु गर्नका लागि सोको म्याद सकिनुभन्दा 30 दिनअघि प्राप्त गरिनु पर्छ ताकि कभरेजमा कुनै चूक नहोस्।

तपाईंको आवेदन स्वीकार गर्नका लागि निम्न मार्गदर्शनहरूको पालना गर्नु अनिवार्य छ

- NH निवासी हुनु अनिवार्य छ। निवासीको प्रमाण विभिन्न तरिकाले दिन सकिन्छ जस्तै, चालकको इजाजतपत्र, उपयोगिताका बिलहरू, भुक्तानीका स्टबहरू, घर मालिकको चिठी वा कार दर्ता। तपाईंले निवासीको प्रमाण प्रदान गर्न सक्नुभएन भने गृहस्थीका मुख्य व्यक्ति उक्त व्यक्ति/परिवार त्यस ठाउँमा कहिलेदेखि बस्दै आएको छ र कहिलेसम्म बस्न चाहेको छ भन्ने कुरा उल्लेख गरेर पत्र लेख्न सक्छन्।
- तपाईं आफ्नो जीवसाथीका साथै आफ्नो सहायताका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने उक्त आवेदनमा दुवैजनाले हस्ताक्षर गर्न अनिवार्य छ। तपाईं 18 वर्षभन्दा कम उमेरका बालकका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने उनलाई सहायता दिनका लागि स्वीकार गरिनुअघि तपाईंले बाल मेडिकएड कार्यक्रमबाट इन्कारको प्रमाण प्रदान गर्न अनिवार्य छ।
- कृपया आफ्नो आवेदनमा सम्भव भएसम्म पूरा जानकारी भर्नुहोस् किनभने जानकारी नभरिएको खण्डमा त्यो जानकारीका लागि यो आवेदन तपाईंलाई फिर्ता गरिने छ र यसले हाम्रो निर्णयमा उल्लेखनय रूपमा ढिलाइ गर्ने छ।
- कृपया संलग्न गरिनु पर्ने आवश्यक कागजातहरूबारे राम्रोसँग ध्यान दिनुहोला

आयको पुष्टि वा वर्णन गर्न अनिवार्य छ

1. तपाईंको अवस्थसँग सम्बन्धित उक्त जाँच सूचीमा (अर्को पृष्ठमा छ) रहेको सबै जानकारी संलग्न गर्नुहोस्।
2. तपाईं कुनै काम गर्दै हुनुहुन्न र कुनै आयछैन भने, यसबखत तपाईंलाई सहायता प्रदान गरिरहेको **व्यक्तिको लिखित कथन समावेश गर्नुहोस्**। यो कथनले कुनै पनि हालतमा तिनीहरूलाई तपाईंको बिलको खर्च तिर्ने जेम्मेवार बनाउँदैन।
3. तपाईंले काम गरिरहनुभएको छैन र आयछैन र कुनै पनि व्यक्तिको सहायता छैन भने यो आवेदनमा थप कारबाही गर्न हामीलाई तपाईंको हालको स्थितिको वर्णन गर्ने तपाईंको एउटा पत्र चाहिन्छ।

हस्ताक्षर, मितिलगायत फारमका सबै खण्डहरू भर्नुहोस् र क्याथोलिक मेडिकल केन्द्रमा सो फारम बुझाउनुहोस्, विरामीको वित्तीय सेवा विभाग, POB 3240, Manchester, NH 03105, ध्यान दिनुहोस्: 603.663.8772 वा melissa.sylvain@cmc-nh.org मा मेलिसा सिल्भेन

हामीसँग तपाईंको कुनै शेष रकम छ भने आवेदन प्राप्त नहुन्जेल तपाईंका खाताहरूलाई होल्डमा राखिने छैनन्।

तपाईंले आफूले आवेदन पेस गरेको 30 दिनभित्र कुनै सूचना प्राप्त गर्नुभएको छैन भने वा तपाईंसँग कुनै अतिरिक्त प्रश्न छ भने कृपया 603.663.8772 मा हाम्रो कार्यालयमा सम्पर्क गर्नुहोस्

प्रिय आवेदक:

तपाईं क्याथोलिक मेडिकल केन्द्र र सम्भवतः अन्य स्वास्थ्य हेरविचार केन्द्रबाट कुनै वित्तीय सहायता प्राप्त गर्नु हुने छैन।

NH स्वास्थ्य पहुँचसम्बन्धी नेटवर्क न्यू हेम्पसायरका अस्पताल, डाक्टर, र अन्य स्वास्थ्य हेरविचार प्रदायकहरूको समूह हो यसले बालक, वयस्कहरूले आफूलाई आवश्यक पर्ने स्वास्थ्य हेरविचार प्राप्त गर्ने सामर्थ नहुँदा मद्दत गर्न सँगै मिलेर काम गर्छ।

आफ्नो गोजीबाट पैसा खर्च नगरी NH पहुँचमार्फत मद्दत प्राप्त गर्न तपाईंसँग अनिवार्य रूपमा नेटवर्कभित्रको प्रदायकले स्वीकार गर्ने सक्रिय स्वास्थ्य बीमा हुनु पर्छ। बीमा नहुने व्यक्तिहरूका लागि वित्तीय सहायता उपलब्ध हुन सक्छ, कृपया 603-663-8772 मा वित्तीय सल्लाहकारसँग सम्पर्क गर्नुहोस्।

तपाईं वा तपाईंको परिवार योग्य छकि छैन भन्ने कुरा पत्ता लगाउन तपाईंले अनिवार्य रूपमा हामीलाई आफ्नो आयको प्रमाण दिनु पर्छ। कृपया संलग्न आवेदन भरी त्यसमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्। त्यसपछि, हामीलाई उक्त आवेदनल र तपाईंको परिवारको निम्नमध्ये सबै कागजातको प्रतिलिपि पठाउनुहोस्:

प्रक्रिया अघि बढाउन आवश्यक पर्ने कागजात	संलग्न वस्तु	लाग्नु हुँदैन
तपाईंको हासालैको संघीय आयकरिटर्न र सबै कार्यक्रमको पूर्ण प्रतिलिपि		
हालसालैका W-2 फारमका प्रतिलिपिहरू		
हालसालैका, लगातार तीन (3) पेचेक स्टब वा रोजगारदाताका कथानका प्रतिलिपिहरू।		
हालसालैका तीन (3) बैंक स्टेटमेन्टहरू (जस्तै, बचतजाँच, मुद्रा बाजार, IRA, 401K, आदि) सबै पृष्ठहरू		
व्यरोजगार वा असक्त भएबापत पाइने क्षतिपूर्तिसम्बन्धी लाभका कथनका प्रतिलिपिहरू		
पेन्सनसम्बन्धी लाभका स्टबहरूको प्रतिलिपिहरू		
सामाजिक सुरक्षा आयहरूको प्रतिलिपिहरू (वार्षिक लाभ बयानहरू, चेक वा सीधा जम्मा प्रतिलिपि)		
खाद्य टिकट निर्धारणको प्रतिलिपि		
सरकारी सहायतासम्बन्धी सूचनाका प्रतिलिपिहरू (स्वास्थ्य र मानव सेवा र मेडिकेड विभागले खर्च गरेको पत्रलगायत)		
प्रमियम सहायता योजनालगायत मेडिकेडका अस्वीकारसम्बन्धी सूचनाका प्रतिलिपिहरू		
<u>बजारका वित्तीय सब्सिडीसम्बन्धी सूचनाका प्रतिलिपिहरू</u>		

हामीसँग तपाईंको आवेदनमा द्रुत रूपमा र ठिकसँग थपकारबाही गर्न आवश्यक सबै जानकारी भएको कुरा सुनिश्चित गर्न कृपया जाँच सूचीको प्रयोग गर्नुहोस्। हामी तपाईंको क्रेडिट मूल्याङ्कन र आयकरिटर्नसम्बन्धी थपजानकारी चाहिएमा तपाईंसँग माग्न सक्छौं। तपाईंले प्रदान गर्नुभएको जानकारी गोप्य हो।

तपाईं मद्दतका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा छैन भन्ने कुरा हामीले थाहा नपाउन्जेल आफूले प्राप्त गर्ने सबै सेवाहरूको तपाईंले नै पैसा तिर्नु पर्ने हुन्छ। तपाईंले आफ्नो फारम बुझाएको 30 दिनभित्र हाम्रो प्रतिक्रिया प्राप्त गर्नुभएको छैन भने वा तपाईंलाई यसबारे बुझ्नु छ भने 603.663.8772 मा मेलिसालाई कल गर्नुहोस्
क्याथोलिक मेडिकल केन्द्र

संशोधित 5/2019



वित्तीय सहायताको आवेदन



1. विरामीको जानकारी:

थर	First Name	बिचको नाम	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म मिति
सडकको ठेगाना		सहर	राज्य	जिप कोड
पत्र पठाउने ठेगाना		सहर	राज्य	जिप कोड
घरको फोन नम्बर		कार्यस्थलको फोन नम्बर		
			<input type="checkbox"/> अविवाहित	<input type="checkbox"/> विवाहित
			<input type="checkbox"/> छुट्टेको	<input type="checkbox"/> छोटपत्र दिइएको
			<input type="checkbox"/> अमेरिकी नागरिक	<input type="checkbox"/> NH निवासी
			<input type="checkbox"/> नागरिक संघ	<input type="checkbox"/> विधवा

2. बिल तिर्न जिम्मेवार भएका व्यक्ति

थर	नाम	बिचको नाम	विरामीसँगको सम्बन्ध	सामाजिक सुरक्षा नम्बर
विरामरको ठेगानाभन्दा फरक भएमा			घरको फोन नम्बर	कार्यस्थलको फोन नम्बर
बीमा कम्पनीको नाम			प्रभावकारी मिति	

3. **कृपया आवेदनकर्ता/गायत परिवारमा बस्ने सबैजनाको नाम उल्लेख गर्नुहोस्:

आवश्यक परेमा थप पाना प्रयोग गर्नुहोस्

नाम	विरामीसँगको सम्बन्ध	जन्ममिति	SOCI SECURITY#	आवेदन गर्दै हेग होइन
1	स्वयं			
2				
3				
4				
5				

4 यो आवेदन भविष्य वा विगतका सेवाहरूका लागि हो? भविष्य विगत सेवाको मिति: _____

5. कृपया, तपाईंको परिवारमा कसैसँग बीमा छ भने सो जानकारी भर्नुहोस्:

स्वास्थ्य बीमा (योजना/नाम) _____, स्वास्थ्य सुरक्षा खाता(गोलो लगाउनु) – छ छैन को:

निती #/ID# _____ काटन मिल्ने रकम _____

चिकित्सा भाग क _____, चिकित्सा भाग क्ष _____ चिकित्सा भाग खको भुक्तानी गर्न सहायता प्राप्त गर्छ _____ को:

6. तपाईंको परिवारको कसैले मेडिकेडका लागि आवेदन दिएका छन्? छन् छैनन्

सो व्यक्ति: _____ छ र अस्वीकार गरिएका खण्डमा कृपया चिकित्सा अस्वीकार सूचनाको प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस्।

7. तपाईंले अर्को ठाउँमा वित्तीय सहायताका लागि आवेदन दिनुभएको छ? छ छैन हुनुहुन्छ भने कहाँ हुनुहुन्छ: _____

8. तपाईंको परिवारको कुनै सदस्य गर्भवती हुनुहुन्छ? छ छैन

9. तपाईंको परिवारको कुनै सदस्यले सेनामा सेवा दिनुभएको छ? छ छैन सो व्यक्तिको नाम: _____

10. तपाईंले हालसालै कामदारहरूको क्षतिपूर्ती वा सवारी साधन दुर्घटनाको दावीका लागि आवेदन दिनुभएको छ? हो होइन मिति: _____

11. तपाईंको परिवारको कुनै व्यक्ति सामाजिक सुरक्षाका लाभहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ? छ छैन सो व्यक्तिको नाम: _____

12. अन्य कुनै व्यक्तिले आफ्नो आयकर रिटर्नमा तपाईंको दावी गरेका छन्? छन् छैन सो व्यक्तिको नाम: _____

13. परिवारको जानकारी

व्यक्ति 1

व्यक्ति 2

व्यक्ति 3

*परिवारको सबै सदस्यको नाम:

रोजगारदताको नाम:

सो ठाउँको कुल मासिक आय

रोजगारी:

स्वयं रोजगारी:

लगानी खाताहरू:

रियल एस्टेट भाडा:

बेरोजगारी: (कहिलेदेखि (/ /))

अवकास:

(सामाजिक सुरक्षा, पेन्सन, वार्षिकी)

सम्बन्ध विच्छेद भएपछि पतिले पत्नीलाई दिने पैसा /

सामाजिक सहायता, राशन कार्ड:

अन्य आय

बचत तथा लगानीहरू:

खाता मौज्जात रकमहरूको जाँच गर्दै

बचत र CD मौज्जात रकम

IRAs, 403B, 401K:

खुलासा गर्नुहोस्:

अन्य बचत र लगानीहरू:

खुलासा गर्नुहोस्:

अन्य:

सवारी साधन:

बनाइएको वर्ष, मोडेल?

मनोरञ्जन वाहन:

बनाइएको वर्ष, मोडेल?

14. घरायसी खर्च

मासिक भाडाको भुक्तानी: \$

वा ऋणभुगतानी: \$

ऋणभुगतानी रकम \$

माथिको भुक्तानी रकममा समावेश नगरिएको सम्पत्ति कर राशि \$

घरको मूल्य: \$

तपाईंसँग प्राथमिक निवासबाहेक अरु सम्पत्ति छ?

छ छैन

छ भने, मूल्य \$ ऋणभुगतानी रकम : \$

अन्य सम्पत्ति व्यवसाय प्रतिष्ठान भएमा, ठेगाना दिनुहोस्:

मासिक ऋणको भुक्तानी: \$

भुक्तानी प्राप्तक: \$

उद्देश्य: \$

चिकित्सा भाग घ समाजिक सुरक्षा जाँच:

छ

छैन

रकम : \$

उपयोगिताहरू

\$

बीमा (गाडी/जीवन/सम्पत्ति)

\$

अन्य:

\$

सम्बन्ध विच्छेद भएपछि पतिले

\$

स्वास्थ्य बीमा प्रिमियम

\$

अन्य:

\$

बाल सहायता

\$

स्वास्थ्य देखभालका बिलहरू

\$

अन्य:

\$

निर्वाह (ग्यास, खाना, कपडाहरू)

\$

औषधिहरू

\$

अन्य:

\$

15. अधिकारको जिम्मेवारी]

रामोसँग पढ्नुहोस्

तल हस्ताक्षर गरेर म मेरो क्रेडिट रिपोर्ट र /वा आयकर रिटर्नको अनुरोधको अनुमोदन गर्छु। यो आवेदनमा कारवाही अघि बढाउन आयकर रिटर्नको आवश्यक पर्छ र मेरो योग्यता पहिचान गरिनुअघि थप जानकारी माग्न सकिन्छ भन्ने कुरा बुझ्छु।

मैले कुनै कुरा पूर्ण रूपमा खुला नगरेको सन्दर्भ वा गलत तरिकाले, कुनै आयवा सम्पत्ति प्रस्तुत गरेको अवस्थामा तपाईंलाई परोपकारी हेरविचार छुट प्रदान गर्न गरिएको सम्झौताको छुट शून्य र रद्द हुन्छ र बिलहरू लागेका मितिमा पूर्वव्यापी गरिने छ। म संकलन प्रक्रियाका बेला लाग्ने सबै कानुनी शुल्कहरूको उत्तरदायी हुन सक्छु।

तल हस्ताक्षर गर्ने कुनै वयस्क पारिवारिक सदस्य आफ्नो स्वास्थ्य हेरविचार वा वित्तीय सहायताको योग्यतासँग जोडिने जुनसुकै मेडिकल, वित्तीय वा रोजगारीसम्बन्धी जानकारीको खुलासा गर्ने अधिकार दिन्छन्। यो जानकारी परिवारको सदस्यले स्वास्थ्य हेरविचार सेवा वा वित्तीय सहायता खोजेका कुनै पनि स्वास्थ्य हेरविचार प्रदायकलाई खुलासा गर्न सकिन्छ। प्रदान गरिएको सबै जानकारी HIPAA संघीय नियमहरूको प्रावधानअन्तर्गत गोप्य रहने छ। सहायताका लागि ऐच्छिक प्रक्रियाहरूको विचार नगर्न सकिन्छ।

म मैले यो आवेदनको समेटेका जुनसुकै मेडिकल सेवाहरू, उदाहरणका लागि बीमा रकम, सरकारी कार्यक्रमको भुक्तानी, मुद्दा जितेको पुरस्कार, वा अन्य कुनै भुक्तानीबाट भुक्तानी प्राप्त गरेमा भुक्तानी सहायताको पुरस्कार पूर्ण रूपमा बापसि गर्ने कुरामा सहमत छु।

मैले कुनै वित्तीय सहायता प्राप्त गरेका खण्डमा म योग्यतामा प्रभाव पार्ने जुनसुकै परिवर्तन भएमा आफूले पहिले आवेदन दिएको संगठनलाई निम्नलगायत सबै कुरा बताउँछु:

परिवारको संख्या, आय र स्वास्थ्य बीमाको कभरेजमा भएका परिवर्तनहरू म मेरो/हाम्रो मेडिकल अवस्थामा परिवर्तन भएमा मा/हामी सार्वजनिक सहायता कार्यक्रमका लागि योग्य हुन सक्ने भनेर मैले त्यस कार्यक्रमका लागि आवेदन दिई उक्त आवेदनको प्रमाण प्रदान गर्नु पर्छ भन्ने कुरा बुझ्छु।

आवेदकको हस्ताक्षर

मिति

उप आवेदकको हस्ताक्षर

मिति