

आर्थिक सहयोग आवेदन संलग्न कागजपत्र (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION ATTACHMENT)

**कृपया याद राख्नुहोस् कि यो बिमा योजना होइन – यो एउटा परोपकारी स्याहार कार्यक्रम हो र यसमा कुनै स्थापित कोष छैन ।
कुनै CMC चिकित्सक/चिकित्सकीय व्यवसायद्वारा उपलब्ध गराइएका सेवाहरूका लागि कुनैपनि पैसा लिनेदिने हुँदैन ।
कवरेजमा कुनै रोकावटबाट जोगिनका निम्ति समय मै प्रक्रियालाई अगाडि बढाउनका लागि सबै नवीकरण आवेदनहरू म्याद
सकिने मिति भन्दा 30 दिन अगाडि प्राप्त गरेको हुनैपर्छ ।**

तपाईंको आवेदनलाई विचार गर्नको लागि निम्न सबै निर्देशनहरूलाई पालना गर्नेपर्छ:

- न्यू हैम्पशायर बसोबासको अनुमति (NH Residency) आवश्यक छ । बसोबासको प्रमाण विभिन्न तरिकाहरूमा उपलब्ध गराउन सकिन्छ, उदाहरणका लागि सवारी चालक अनुमतिपत्र, उपयोगिता सेवाको बिल, भुक्तानीका अर्धकट्टी, घरधनीको पत्र वा कारको दर्ता । यदि तपाईं बसोबासको प्रमाण उपलब्ध गराउन असमर्थ हुनुहुन्छ भने घर मुलीले व्यक्ति/परिवार कति समय देखि त्यहाँ बसीरहेका छन् र कति समय सम्म त्यहाँ बस्ने योजना बनाएका छन् भनेर उल्लेख गरिएको पत्र लेख्न सक्नुहुन्छ ।
- यदि तपाईंले आफ्नो श्रीमान/श्रीमतीका साथसाथै आफू स्वयंका निम्ति सहयोगका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने आवेदनमा दुवै पक्षहरूले हस्ताक्षर गर्नेपर्छ । यदि तपाईंले 18 वर्ष भन्दा कम उमेरको बच्चाका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने सहयोगका लागि उनलाई विचार गर्न सकिने भन्दा पहिला तपाईंले NH Healthy Kids Program (न्यू हैम्पशायर स्वस्थ बच्चा कार्यक्रम) को अस्वीकृतिको प्रमाण उपलब्ध गराउनुपर्छ ।
- कृपया सकेसम्म आवेदनलाई पूरा भर्नुहोस् किनभने थप जानकारीका लागि तपाईंको आवेदन तपाईंलाई फिर्ता गरिनेछ र यसले हाम्रो निर्णयलाई उल्लेखनीय रूपमा ढिलो बनाउनेछ ।
- कृपया संलग्न गराउन आवश्यक हुने कागजपत्रहरूमा धेरै ध्यान दिनुहोस् ।

आवश्यक आय प्रमाणिकरण वा स्पष्टीकरण

1. रोजगारी, सामाजिक सुरक्षा (Social Security), बेरोजगार सुविधा, कामदार हर्जाना (Workers' Compensation), अल्प/दीर्घकालीन अपाङ्गता भुक्तानीहरू इत्यादिबाट प्राप्त हुने आयको प्रमाणलाई संलग्न गर्नुहोस् **संलग्न गराइने कागजपत्रहरू तपाईंको आवेदनको प्रक्रियालाई अगाडि बढाउन आवश्यक छन्**
2. यदि तपाईं **काम गर्दै हुनुहुन्छ** र तपाईंको अलिकति पनि **आय छैन** भने कृपया यस समयमा तपाईंलाई भरणपोषण उपलब्ध गराउदै गरेको व्यक्तिको **लिखित बयान समावेश गर्नुहोस्** । यस बयानले तिनीहरूलाई कुनैपनि तरिकामा तपाईंको बिलका लागि जिम्मेवार बनाउने छैन ।
3. यदि तपाईं **काम गर्दै हुनुहुन्छ** र तपाईंको कुनैपनि **आय छैन** तथा तपाईंको भरणपोषण गर्ने कोही पनि छैन भने तपाईंको आवेदनको प्रक्रियालाई अगाडि बढाउन सकिने भन्दा पहिला हामीलाई **तपाईंबाट तपाईंको वर्तमान अवस्था बारे जानकारी दिने पत्र आवश्यक पर्नेछ** ।

यदि अनुरोध गरिएको मिति देखि 30 दिन भित्रमा तपाईंको आवेदन प्राप्त नभएमा उक्त अनुरोधलाई बन्द गरिनेछ । हस्ताक्षर तथा मिति लगायत फाराममा भएका सबै खण्डहरू भर्नुहोस् र आवेदनलाई निम्न ठेगानामा पठाउनुहोस् : ***Catholic Medical Center, Patient Financial Services Department, POB 3240, Manchester, NH 03105, Attention: Melissa Sylvain 663-8722 मा वा msylvain@cmc-nh.org मा इमेलमा पठाउनुहोस्*** । तपाईंको CMC सँग भएको कुनैपनि खाताहरूलाई आवेदन प्राप्त नगरिंदा सम्म निलम्बनमा राखिने छैन । यदि तपाईंले आवेदन पठाएको 3 हप्ता भित्रमा तपाईंको स्वीकृति वा अस्वीकृतिका सम्बन्धमा यस कार्यालयबाट कुनै सूचना प्राप्त गर्नुभएन भने कृपया मेलिसालाई 663 8772 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

मिति

आदरणीय आवेदक: _____ ज्यू

तपाईंले Catholic Medical Center (केथोलिक मेडिकल सेन्टर) बाट र सम्भवतः अन्य स्वास्थ्य स्याहार संस्थाहरूबाट पनि आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्न सक्नुहुनेछ ।

NH Health Access Network (न्यू हैम्पशायर स्वास्थ्य पहुँच नेटवर्क) न्यू हैम्पशायरमा रहेका अस्पताल, चिकित्सक तथा अन्य स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूको समूह हो जसले बच्चा तथा वयस्कहरूले आवश्यक स्वास्थ्य स्याहारको खर्च बेहोर्न नसक्दा तिनीहरूलाई मद्दत गर्न मिलेर काम गर्छन् ।

फुटकर खर्चहरूका लागि NH Health Access Network मार्फत आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्नको लागि तपाईंसँग प्रदायकद्वारा स्वीकार गरिएको तथा प्रदायकसँगको नेटवर्कमा रहेको सक्रिय बिमा हुनैपर्छ । आर्थिक सहयोग त्यस्ता व्यक्तिहरूलाई उपलब्ध हुनसक्छ जोसँग बिमा हुँदैन, कृपया मेलिसा सिलभान (Melissa Sylvain) लाई [Catholic Medical Center, Manchester NH 603 663 8772](mailto:Melissa.Sylvain@cmccath.org) मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

तपाईं वा तपाईंको घरपरिवार यसमा योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुँदैन भनेर थाहा पाउनका लागि तपाईंले हामीलाई आफ्नो आयको प्रमाण दिनुपर्छ । कृपया संलग्न आवेदनलाई पूरा भरेर त्यसमा हस्ताक्षर गर्नुहोस् । त्यसपछि, उक्त आवेदन तथा तपाईंको घरपरिवारको निम्न कागजपत्रहरूको एक-एक प्रतिलिपि हामीलाई पठाउनुहोस्:

कागजपत्र	संलग्न गराइएको	आवश्यक नभएको
तपाईंको सबैभन्दा पछिल्लो संघीय आयकर विवरण तथा सबै अनुसूचीहरूको पूर्ण प्रतिलिपि		
सबैभन्दा पछिल्ला W-2 फारामहरूको प्रतिलिपिहरू		
सबैभन्दा पछिल्ला तीन लगातार (3) भुक्तानी, चेकको अर्धकट्टीहरूका प्रतिलिपिहरू वा तपाईंको रोजगारदाताको बयान		
सबैभन्दा पछिल्ला तीन (3) बैंक विवरणहरूको (उदाहरण: बचत, चेक, मुद्रा बजार, IRA, 401K इत्यादि) प्रतिलिपिहरू । सबै पानाहरू		
बेरोजगारी वा अपाङ्गता हर्जाना सुविधा विवरणहरूको प्रतिलिपिहरू		
निवृत्तिभरण सुविधाहरूको अर्धकट्टीहरूको प्रतिलिपिहरू		
सामाजिक सुरक्षा आयका प्रतिलिपिहरू (वार्षिक सुविधा विवरणहरू, चेक वा प्रत्यक्ष निक्षेपको प्रतिलिपि)		
फुड स्ट्याम्प विनियोजनको प्रतिलिपि		
सरकारी सहयोग सूचनाहरूका प्रतिलिपिहरू [Department of Health & Human Services (स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग) र Medicaid Spend Down Letter (मेडिकेड स्पेन्ड डाउन लेटर) समेत]		
Premium Assistance Plan (प्रिमियम सहयोग योजना) लगायत मेडिकेडबाट प्राप्त भएका अस्वीकृति सूचनाहरूका प्रतिलिपिहरू		
प्रतिस्पर्धात्मक बजारबाट प्राप्त हुने आर्थिक अनुदानका सूचनाका प्रतिलिपिहरू		

कृपया यस जाँच-सूचीलाई हामीसँग हामीलाई तपाईंको आवेदनको प्रक्रियालाई छिटो तथा ठिक तरिकाले अगाडि बढाउन आवश्यक पर्ने सबै जानकारी छ भनेर निश्चित गर्नको लागि प्रयोग गर्नुहोस् । हामीले तपाईंबाट तपाईंको विश्वसनीयता मूल्यांकन तथा आयकर विवरणका बारेमा अतिरिक्त जानकारी माग्नु सक्नेछौं । तपाईंले उपलब्ध गराउनुभएको जानकारी गोप्य रहन्छ ।

तपाईं मद्दतका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनेर हामीले थाहा नपाउँदा सम्म कुनैपनि सेवाहरूका लागि आर्थिक रूपमा तपाईं नै जिम्मेवार भइरहनुहुनेछ ।

यदि तपाईंले आफ्नो आवेदन दाखिला गरेको 60 दिन भित्रमा हामीबाट कुनै जानकारी प्राप्त नगर्नु भएमा वा तपाईंलाई यसलाई बुझ्न मद्दत आवश्यक परेमा कृपया _____ लाई _____ मा फोन सम्पर्क गर्नुहोस् ।

भवदीय,

आवेदन र माग गरिएका कागजपत्रहरूलाई [Catholic Medical Center 195 McGregor St., Manchester, NH 03105](mailto:Melissa.Sylvain@cmccath.org) मा पठाउनुहोस् ।

Attn: M. Sylvain

संशोधित: 12/2013; 7/27/2015

आर्थिक सहयोग आवेदन (Financial Assistance Application)



1. बिरामीको जानकारी:

			सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्ममिति
सडक ठेगाना	शहर	राज्य	जिप कोड	यस ठेगानामा बसेको समयावधि
पत्राचार ठेगाना	शहर	राज्य	जिप कोड	
घरको फोन नम्बर	कार्यस्थल फोन नम्बर	<input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> सिभिल यूनियन <input type="checkbox"/> अलग भएको <input type="checkbox"/> सम्बन्धविच्छेद भएको <input type="checkbox"/> विधवा/विधुर <input type="checkbox"/> अमेरिकी नागरिक <input type="checkbox"/> न्यू हैम्पशायर बासिन्दा		

2. बिलको भुक्तानीका लागि जिम्मेवार व्यक्ति

थर	नाम	बीचको नाम	बिरामीसँगको सम्बन्ध	सामाजिक सुरक्षा नम्बर
बिरामीको भन्दा फरक भएमा ठेगाना			घरको फोन नम्बर	कार्यस्थल फोन नम्बर
बिमा कम्पनीको नाम			लागू मिति	

3. ** आवेदक लगायत घरपरिवारमा बस्ने सबै व्यक्तिहरूलाई उल्लेख गर्नुहोस्:

आवश्यक भएमा कागजका थप पाना प्रयोग गर्नुहोस्

नाम	बिरामीसँगको सम्बन्ध	जन्ममिति	सामाजिक सुरक्षा #	आवेदन दिँदै हो/होइन
1	आफैं			
2				
3				
4				
5				
6				

4. के यो आवेदन भविष्य वा विगतका सेवाहरूका लागि हो ? भविष्य विगत सेवाहरूका मिति(हरू):
5. यदि तपाईंको घरपरिवारमा कसैको बिमा छ भने कृपया त्यसलाई भर्नुहोस्:
 स्वास्थ्य बिमा (योजना/नाम) _____, स्वास्थ्य बचत खाता (सर्कल) - छ छैन को: _____
 पोलिसी#/ID# _____ कटौती रकम: _____
- मेडिकेयर भाग A _____, मेडिकेयर भाग B _____ मेडिकेयर भाग B को भुक्तानी गर्न सहयोग प्राप्त गर्नुहुन्छ को: _____
6. के तपाईंको परिवारको कसैले मेडिकेडका लागि आवेदन दिएको छ ? छ छैन
 को: _____ यदि छ र अस्वीकृत भएको भएमा कृपया मेडिकेड अस्वीकृति सूचनाको प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनुहोस्।
7. के तपाईंले अन्य संस्थामा पनि आर्थिक सहयोगका लागि आवेदन दिनुभएको छ ? छ छैन यदि छ भने कहाँ: _____
8. के तपाईंको घरपरिवारमा कोही गर्भवती छ ? छ छैन
9. के तपाईंको घरपरिवारमा कसैले सेनामा काम गरेको छ ? छ छैन को: _____
10. के तपाईंले हालसालै कामदार हर्जाना वा सवारीसाधन दुर्घटनाको दाबी दाखिला गर्नुभएको छ ? छ छैन मिति: _____
11. के तपाईंको घरपरिवारमा कोही सामाजिक सुरक्षा सुविधाहरूका लागि योग्य छ ? छ छैन को: _____
12. के कसैले आफ्नो आयकर विवरणमा तपाईंलाई दाबी गर्छ ? गर्छ गर्दैन कसले: _____

13. घरपरिवारको जानकारी	व्यक्ति 1	व्यक्ति 2	व्यक्ति 3
*घरपरिवारको हरेक सदस्यको नाम:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
रोजगारदाताको नाम:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
निम्नबाट हुने कुल मासिक आय:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
रोजगारी:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
स्व-रोजगार:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
निवेश खाताहरू:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
घर-सम्पत्तिको भाडाहरू:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
बेरोजगारी: (/ /) देखि	\$ _____	\$ _____	\$ _____
सेवानिवृत्त:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(सा. सुरक्षा, निवृत्तिभरण, वार्षिक भत्ता)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
मानाचामल/वज्जाको भरणपोषण खर्च:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
सार्वजनिक सहयोग, फुड स्ट्याम्पस्:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
अन्य आय:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
बचत तथा निवेशहरू:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
चेकिङ खाता ब्यालेन्सहरू	\$ _____	\$ _____	\$ _____
बचत तथा CD खाता ब्यालेन्सहरू	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRAहरू, 403B, 401K:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
स्पष्ट तोकुहोस्:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
अन्य बचत तथा निवेशहरू:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
स्पष्ट तोकुहोस्:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
अन्य:			
गाडी: वर्ष, कम्पनी, मोडेल ?	_____	_____	_____
मनोरन्जनात्मक गाडी: वर्ष, कम्पनी, मोडेल ?	_____	_____	_____

14. घरपरिवारको खर्चहरू
मासिक भाडा भुक्तानी: \$ _____ वा धितो भुक्तानी: \$ _____ धितो ऋण ब्यालेन्स: \$ _____
माथि भुक्तानी रकममा समावेश नगरिएको सम्पत्ति कर रकम: \$ _____ घरको मूल्य: \$ _____
के तपाईं मुख्य आवास बाहेक अन्य कुनै सम्पत्तिको मालिक हुनुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> छु <input type="checkbox"/> छैन यदि भएमा मूल्य: \$ _____ धितो ब्यालेन्स: \$ _____
यदि अन्य सम्पत्ति व्यापार हो भने त्यसको ठेगाना लेख्नुहोस्: _____
मासिक ऋण भुक्तानी: \$ _____ भुक्तानी गरिने व्यक्ति/संस्था: _____ उद्देश्य: _____
सामाजिक सुरक्षा चेकबाट कटौती गरिएको मेडिकेयर भाग D: <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन रकम: \$ _____
उपयोगिता सेवा \$ _____ विमा (गाडी/जीवन/सम्पत्ति) \$ _____ अन्य: \$ _____
मानाचामल/वज्जाको भरणपोषण \$ _____ जीवन विमा प्रिमियम \$ _____ अन्य: \$ _____
बाल स्याहार \$ _____ स्वास्थ्य स्याहार बिलहरू \$ _____ अन्य: \$ _____
जीविका (ग्यास, खाद्यान्न, कपडा) \$ _____ औषधोपचार \$ _____ अन्य: \$ _____

15. अधिकारहरूको हस्तान्तरण ध्यान दिएर पढ्नुहोस्

तल हस्ताक्षर गरेर मैले मेरो विश्वसनीयता प्रतिवेदन तथा/वा कर विवरणको लागि गरिएको अनुरोधलाई स्वीकृति दिन्छु। मैले यो बुझ्नेको छु कि यस आवेदनको प्रक्रियालाई अगाडि बढाउन कर विवरण आवश्यक पर्छ र मेरो योग्यता निर्धारण गरिनु भन्दा पहिला थप जानकारी माग गर्न सकिन्छ।

मैले कुनै आय वा सम्पत्तिहरूको बारेमा पूर्ण रूपमा जानकारी नदिएको वा गलत तरिकाले जानकारी दिएको खण्डमा मलाई परोपकारी स्याहार छुट उपलब्ध गराउने कुनैपनि सम्झौता शून्य तथा बदर हुन्छ र तिर्न बाँकी रहेका बिलहरूको मितिका लागि भुतलक्षी हुनेछ। यस संकलन प्रक्रियाको दौरानमा लाग्ने कुनै/सबै कानुनी शुल्कहरूको लागि म जिम्मेवार हुन सक्नेछु।

तल हस्ताक्षर गर्ने घरपरिवारका सबै वयस्क सदस्यहरूले तिनीहरूको स्वास्थ्य स्याहार वा तिनीहरूको आर्थिक सहयोग योग्यतासँग प्रत्यक्ष रूपमा सम्बन्ध राख्ने कुनैपनि चिकित्सकीय, आर्थिक वा रोजगारी सम्बन्धी जानकारी उपलब्ध गराउन स्वीकृति दिन्छु। यो जानकारी कुनैपनि स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकहरूलाई उपलब्ध गराउन सकिनेछ जसबाट घरपरिवारका सदस्यहरूले स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरू वा आर्थिक सहयोग अनुरोध गरेका छन्। उपलब्ध गराइएका सबै जानकारीहरू HIPPA संधीय विनियमहरूको प्रावधानहरूको अन्तर्गत गोप्य रहनेछ। सहयोगको लागि वैकल्पिक कार्यविधिहरूलाई विचार नगर्न सकिन्छ।

म सहमत हुन्छु कि यदि मैले यस आवेदनद्वारा समेटिने चिकित्सकीय सेवाहरूको लागि कुनैपनि प्रकारको भुक्तानी प्राप्त गरेमा मैले लिएको सम्पूर्ण आर्थिक सहयोगलाई दाम तिर्नेछु, उदाहरणका लागि विमा भुक्तानी, सरकारी कार्यक्रमको भुक्तानी, मुद्दाको फैसलाद्वारा प्राप्त भएका भुक्तानी वा अन्य कुनैपनि भुक्तानी।

यदि मैले आर्थिक सहयोग प्राप्त गरेमा मेरो योग्यतालाई असर गर्नसक्ने परिवारको संख्या, आय तथा स्वास्थ्य विमा कवरेजमा हुने परिवर्तन लगायत मैले शुरूमा आवेदन दिएको जानकारीमा हुने कुनैपनि परिवर्तनहरूका बारेमा संस्थालाई बताउन म सहमत छु। म यो बुझ्छु कि यदि मेरो/हाम्रो चिकित्सकीय अवस्था परिवर्तन भएर म/हामी सार्वजनिक सहयोग कार्यक्रमका लागि योग्य हुनसक्ने भएमा मैले उक्त कार्यक्रममा आवेदन दिन र आवेदनको प्रमाण उपलब्ध गराउन जरूरी हुनेछ।

आवेदकको हस्ताक्षर

मिति

सहआवेदकको हस्ताक्षर

मिति

केथोलिक मेडिकल सेन्टरको भुक्तान नगरिने स्याहार कार्यक्रममा समावेश नगरिएका सेवाहरूको सूची

- निजी तवरले चलाइएका चिकित्सकीय व्यवसायहरू (CMC को स्वामित्वमा नभएका)
- विशेषता सहितका चिकित्सकीय व्यवसायहरू
- दक्षिणी न्यू हैम्पशायर रेडियोलोजी शुल्कहरू
- एनेस्थेसिया शुल्कहरू
- प्रेस्कृप्सनहरू
- कस्मेटिक सर्जरी, ग्यास्ट्रिक बाइपास तथा सम्बद्ध शुल्कहरू
- सेवा प्रदायकद्वारा निर्धारण गरिएका नसमेटिने अन्य सेवाहरू
- दाँत सम्बन्धी सेवाहरू
- आँखाको स्याहार सम्बन्धी जाँचहरू
- एम्बुलेन्स परिवहन शुल्कहरू

कृपया यो कुरा ध्यानमा राख्नुहोस् कि चिकित्सकीय प्रदायक हाम्रो Charitable Care Program (परोपकारी स्याहार कार्यक्रम) मा सहभागी हुने वा नहुने भनेर निर्धारण गर्ने जिम्मेवारी बिरामीको हुन्छ ।