

आर्थिक सहयोगको आवेदन (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

सेवाको मिति : _____

खाता नम्बर : _____

बिरामी वा आवेदकको नाम : _____

ठेगाना : _____

शहर : _____ राज्य : _____ जीप : _____

फोन : _____ वैवाहिक स्थिति : _____

आर्थिक सहयोगलाई मनन गर्नको लागि निम्न कुराहरू पुरा भएको हुनुपर्नेछ । कृपया नोट गर्नुहोस् बीमा नगरिएका बिरामीहरूले सहयोग प्राप्त गर्नु अघि हाम्रो बीमा योग्यता विक्रेतासँग सहभागी हुनुपर्नेछ ।

(घरपरिवारमा बस्ने जीवनसाथी र 18 वर्ष मिनिका आश्रित बच्चाहरू, र उनीहरूको जन्ममितिको सची बनाउनुहोस)

नाम	बिरामीसँगको नाता	जन्म मिति	सेवाको मिति भन्दा 3 महिना पहिलेको कूल जम्मा आय	सेवाको मिति भन्दा 12 महिना पहिलेको कूल जम्मा आय	आम्दानीको स्रोत रोजगारदाताको नाम (यदि तपाईं कलेजको विद्यार्थी हुनुहुन्छ भने)
	स्व				

1. यदि तपाईंले कूल आम्दानी शून्य रिपोर्ट गर्नुभएमा, तपाईंलाई कसरी सहयोग गरिदैछ ? _____
2. तपाईंको भ्रमणको बेलामा तपाईं कुन राज्यमा बस्नुहुन्थ्यो ? _____
3. के तपाईंले मेडिकेड (Medicaid) वा राज्यको अन्य सहयोगको लागि आवेदन गर्नुभएको छ ? थिएन थियो (मिति / राज्य _____)
4. के तपाईंसँग सेवाको मितिमा स्वास्थ्य बीमा थियो ? थिएन थियो (यो आवेदनको साथमा कार्डको प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस्)
5. के सेवाको मिति कुनै गाडी दुर्घटनासँग सम्बन्धित थियो ? थिएन थियो (बीमाको नाम / दावी# _____)
6. के तपाईंको घरमा कसैको चेकिङ वा बचत खाता छ ? थिएन थियो (मूल्य _____)
7. के तपाईंको घरमा कसैसँग अन्य कुनै सम्पत्तिहरू छन् ? थिएन थियो (प्रकार / मूल्य) _____
8. के तपाईंको घर छ वा भाडामा बस्नुहुन्छ ? घर छ भाडामा अन्य (_____)

माथि सूचीबद्ध आम्दानीका सम्पत्तिहरूको लागि तपाईंले घरको प्रत्येक सदस्यको लागि निम्न कुराहरू उपलब्ध गराउनुपर्नेछ :

(कृपया प्राप्त भएको आइटमहरूको जाँच गर्नुहोस्)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> रोजगारी = 3 वा 12 महिना आम्दानी | <input type="checkbox"/> स्व-रोजगार = अनुसूची C सहित कर फारम भर्नुहोस् |
| <input type="checkbox"/> बेरोजगार = लाभको पत्र | <input type="checkbox"/> बच्चाहरू सहयोग = अदालती आदेशको कागजात |
| <input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा = लाभको पत्र | <input type="checkbox"/> अन्य = लाभांश, ब्याज, भाडाको आम्दानी जस्ता अन्य कुनै आम्दानीको प्रमाण |
| <input type="checkbox"/> पेन्सन वा अशक्तता लाभ = लाभको पत्र | <input type="checkbox"/> चेकिङ / बचत = प्रत्येक खाताको लागि हालको 30 दिनको विवरण |

प्रमाणीकरण: यो कागजातमा हस्ताक्षर गरेर, म यो आवेदनमा जवाफहरू सत्य हो भनेर पुष्टि गर्छु । कुनै व्यक्तिको आर्थिक सहयोग आवेदनको पछिल्लो समीक्षामा यदि व्यक्तिले उपलब्ध गराएको जानकारी गलत वा जालसाजीपूर्ण भएको खुलासा भएमा, आर्थिक सहयोग प्रदान गर्ने निर्णय उल्ट्याउन सकिनेछ र सम्बन्धित पक्षलाई बिल गरिनेछ । मैले पेश गरेको जानकारी क्रेडिट रिपोर्टिङ एजेन्सीहरूसहित, मेरो अस्पतालको प्रदायकद्वारा प्रमाणीकरणको अधीनमा छ, र आवश्यकता अनुसार संघीय र/ वा राज्यका एजेन्सीहरू र अन्यद्वारा समीक्षाको अधीनमा छ भनेर मैले बुझेको छु ।

अभिभावकको हस्ताक्षर : _____ मिति : _____

आवेदक वा प्रतिनिधिको हस्ताक्षर : _____ सम्बन्ध : _____ मिति : _____

(यदि बिरामी होइन भने)

पुरा गरिएको आवेदन र कागजात निम्नलाई पत्राचार गर्नुहोस् :
मर्सी हेल्थ पब्लिक बेनिफिट डिपार्टमेन्ट (Mercy Health Public

Benefits Department)
PO Box 631774

Cincinnati, OH 45263-1360

