आर्थिक सहयोगको आवेदन (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

सेवाको मिति : _____ खाता नम्बर : _____

बिरामी वा आवेदकको नाम :
_____

ठेगाना : _____

शहर: _____राज्य : _____ जीप :_____

फोन :_____वैवाहिक स्थिति :_____SSN:_____

आर्थिक सहयोगलाई मनन् 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 मुनिका आश्रित बच्चाहरू, र उनीहरुको जन्ममितिको सूची बनाउनुहोस्)

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 उल्लेख गर्नुहोस्)
	स्व				

1. **यदि तपाईंले कूल आम्दानी शून्य रिपोर्ट गर्नुभएमा, तपाईंलाई कसरी सहयोग गरिंदैछ ?**
   _____
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)

- ☐ रोजगारी = 3 वा 12 महिना आम्दानी
- ☐ बेरोजगार = लाभको पत्र
- ☐ सामाजिक सुरक्षा = लाभको पत्र
- ☐ पेन्सन वा अशक्तता लाभ = लाभको पत्र
- ☐ स्व-रोजगार = अनुसूची C सहित कर फारम भर्नुहोस्
- ☐ बच्चालाई सहयोग = अदालती आदेशको कागजात
- ☐ अन्य= लाभांश, ब्याज, भाडाको आम्दानी जस्ता अन्य कुनै आम्दानीको प्रमाण
- ☐ 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 बील गरिनेछ । मैले पेश गरेको जानकारी क्रेडिट रिपोर्टिङ एजेन्सीहरू सहित, 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 :
Bon Secours Mercy Health Financial Aid, P.O. Box 631360
Cincinnati, OH 45263-1360

पछिल्लो संशोधन :

01/2022