

गोपनीय वित्तीय सहायता आवेदन

निर्देशनहरू: आवेदन पूरा गर्नुहोस्, 10 दिनभित्र फिर्ता पठाउनुहोस् र निम्न कागजातका प्रतिलिपिहरू संलग्न गर्नुहोस्:

____ हालसालैको कर फिर्ता (ट्याक्स रिटर्न)
 ____ पूरे तीन महिनाको बैंक विवरणहरू
 ____ लागू भएमा, Medicaid निर्धारण/अस्वीकार

____ सबै लगानीहरूको हालका विवरणहरू
 ____ तीन महिनाको आम्दानीको प्रमाण (भुक्तानी विवरणहरू, आदि)
 ____ आम्दानी नभएमा, समर्थन प्रदान गर्ने पक्षको पत्र

बिरामीको जानकारी		
नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको नामको पहिलो अक्षर)		जन्ममिति
ठेगाना		
प्राथमिक फोन ()	सहायक फोन ()	सामाजिक सुरक्षा/रोजगारदाता पहिचान नम्बर(EIN)
वैवाहिक स्थिति <input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> सम्बन्ध विच्छेद भएको <input type="checkbox"/> अन्य _____		तपाईं संयुक्त राज्य अमेरिकाको एक दस्तावेज निवासी हो? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
तपाईं संघीय कर फिर्ताको लागि दायर गर्नुहुन्छ? <input type="checkbox"/> गर्छु <input type="checkbox"/> गर्दिन यदि गर्नुहुन्न भने, किन गर्नुहुन्न? _____		प्राथमिक दाखिलाकर्ता को हो? <input type="checkbox"/> स्वयम् <input type="checkbox"/> जीवनसाथी <input type="checkbox"/> अन्य: _____
रोजगारदाता		तपाईंसँग आफ्नो सेवाको समयमा स्वास्थ्य बीमा वा अन्य कुनै पनि कभरेज थियो?? <input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन

घरायसी जानकारी (तपाईंको घरमा बसोबास गर्ने सबैजनाको नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्)

घरको सदस्यको नाम	जन्ममिति	सम्बन्ध	यो व्यक्ति तपाईंको संघीय कर फिर्तामा सूचीबद्ध हुनुहुन्छ?
1.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
2.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
3.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
4.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
5.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन

कुनै पनि थप घरका सदस्यको नाम थप कागजमा पेश गर्न सकिन्छ।

खर्चहरू (घरका सबै घरका सदस्यहरूका लागि मासिक खर्चहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्) यो खण्डमा NHSC वा MSLRP क्लिनिकहरूका लागि आवश्यक पर्दैन

घरको भुक्तानी/भाडा/लट भाडा	सम्पत्तिको कर (वर्ष)	घरको/भाडाको बीमा
कारको भुक्तानी	कारको बीमा	इन्धन (सवारी साधन)
फोन	सामान्य उपयोगिताहरू	किराणा सामग्रीहरू
बाल स्याहार/बाल सहायता	शिक्षण शुल्क	अन्य:
स्वास्थ्य बीमा/खर्चहरू	जीवन बीमा	अन्य:

आन्तरिक प्रयोगका लागि मात्र	मेडिकल रेकर्ड नम्बर MRN
-----------------------------	-------------------------

आम्दानी (घरको सबै सदस्यहरूको आम्दानी सूचीबद्ध गर्नुहोस्)

मासिक आम्दानीको स्रोत	यो कसले प्राप्त गर्छ?	कुल मासिक आम्दानी	मासिक आम्दानीको स्रोत	यो कसले प्राप्त गर्छ?	कुल मासिक आम्दानी
ज्याला (बिरामी)			सामाजिक सुरक्षा (बिरामी)		
ज्याला (अतिरिक्त)			सामाजिक सुरक्षा (अतिरिक्त)		
स्वरोजगार			लगानी/व्याज		
पेन्सन/लाभांसहरू			बाल सहायता/निर्वाह धन		
टिप/ कमिशन			जनजातीय आम्दानी		
बेरोजगार			भाडा/जग्गा सम्झौता आम्दानी		
कामदारको क्षतिपूर्ति			सार्वजनिक सहायता आम्दानी		
असक्षमता			अन्य:		

घरपरिवारको सम्पत्तिहरू (घरका सबै सदस्यहरूका लागि सम्पत्तिहरू सूचीबद्ध गर्नुहोस्) यो खण्ड NHSC वा MSLRP क्लिनिकहरूका लागि आवश्यक छैन

सम्पत्तिको स्रोत	यो कसको सम्पत्ति हो?	वर्तमान सम्पत्तिको मूल्य	सम्पत्तिको स्रोत	यो कसको सम्पत्ति हो?	वर्तमान सम्पत्तिको मूल्य
खाता जाँच गर्ने			सम्पत्तिको (घरको) मूल्य		
खाता जाँच गर्ने #2			सम्पत्ति #2 मूल्य		
बचत खाता			सवारी साधनको (प्राथमिक) मूल्य		
बचत खाता #2			सवारी साधनको #2 मूल्य		
CD's/ मुद्रा बजार			मोटरसाइकल/ATV/बोट/ट्रेलर		
401k/403B/IRA/सेवा निवृत्ति			जीवन बीमा (छोड्ने समय प्राप्त हुने रकम)		
स्टकहरू/बोन्डहरू/ एन्यूटी			ट्रस्ट कोष		
HSA/FSA			मोबाइल HSA /भर्चुअल भुक्तानी सेवाहरू FSA		
अन्य:			अन्य:		

मेरो वार्षिक आम्दानी, परिवारको आकार र सम्पत्तिहरू सम्बन्धित पेश गरिएका जानकारी प्रमाणीकरणको अधीनमा छ भन्ने म बुझ्छु। पेश गरिएको जानकारी गलत भनी निर्धारण गरिएमा, यसले परिणाम स्वरूप यस आवेदनको अस्वीकार निम्ताउनेछ र खाताको तिर्न बाँकी रहेको रकम मेरो जिम्मेवारी रहनेछ भन्ने पिन म बुझ्दछु।

तपाईंसँग परश्नहरू छन् वा यो आवेदन पूरा गर्नमा सहायता आवश्यक पर्छ भने, कृपयाहामीलाई 248.577.9205 मा सम्पर्क गर्नुहोस् वा निम्नमा पत्राचार गर्नुहोस् patient_financial_resources@beaumont.org.

आवेदक

मिति

जीवनसाथी

मिति