

आर्थिक सहायता छानबीन आवेदन

बिरामीको नाम _____ वैवाहिक स्थिति _____

पूर्ण ठेगाना _____ फोन _____

सामाजिक सुरक्षा # _____ खाता नम्बर(हरू) _____

सेवाको मिति _____

- तपाईंले सेवा प्राप्त गरेको 6 महिना मित्र अवथा एम.सि.एच. (MCH) अस्पताल आर्थिक सहायताका लागि प्राप्त पहिलो बिलको मितिमा आवेदन दिनु पर्दछ

तपाईं सेवा प्राप्त गरेको अवधिमा ओहायोको निवासी हुनुहुन्थ्यो?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	तपाईं सेवा प्राप्त गरेको मितिमा अशक्तता सहायताका लागि सक्रिय प्राप्तकर्ता हुनुहुन्थ्यो?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
तपाईं हाल ओहायो निवासी हो?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	तपाईं यस सेवा मितिमा मेडिकेड, स्पेन्ड डाउनसहितको मेडिकेड, स्याहार स्रोत, वा मोलिनाका लागि योग्य हुनुहुन्थ्यो?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
तपाईं स्वास्थ्य स्याहार प्राप्त गर्ने व्यक्तिगत उद्देश्यका लागि ओहायोमा बस्दै हुनुहुन्छ?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	तपाईंसँग यस सेवाको मितिका लागि कुनैपनि अन्य बिमा कभरेज थियो?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
यस ऋणका लागि कुनैपनि अन्य संस्थालाई जिम्मावर मानिनेछ/अनुसरण गरिनेछ? यदि गरिनेछ भने, नाम _____ सम्पर्क# _____	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	**यदि तपाईंले माथिका कुनैपनि प्रश्नहरूमा हो भनी अंकित गर्नुभएको छ भने, कृपया आफ्नो बिमा कार्डहरू वा कभरेजका अन्य प्रमाणको प्रतिलिपिहरू पठाउनुहोस् जस कारण हामीले तिनीहरूलाई उपयुक्त रूपमा भुक्तान गर्न सक्नेछौं।	

18 वर्ष उमेरका तथा घरभित्र/बाहिर बस्ने तपाईंको श्रीमान वा श्रीमती तथा आफ्नो प्राकृतिक वा धर्म पुत्र पुत्री बनाइएका बालबालिकालाई मात्र सूचित गर्नुहोस्।

नाम	उमेर	घरमा बस्ने	नाता
		<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
		<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
		<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	

यदि बिरामी नवजात शिशु हो भने, कृपया बिरामी तथा श्रीमान वा श्रीमतीको सट्टा दुवै आमा तथा बुवाको आम्दानी प्रदान गर्नुहोस्

कुल आम्दानी (करहरू पहिले)	बिरामी/आमा	श्रीमान वा श्रीमती/बुवा
सेवाको मितिभन्दा 3 महिना पहिलेको कुल आम्दानी।	\$	\$
सेवाको मितिभन्दा 12 महिना पहिलेको कुल आम्दानी।	\$	\$
यस महिनाको अन्तसम्ममा तपाईंको कुल अनुमानित आम्दानी कति हुनेछ?	\$	\$
कुनैपनि अन्य मासिक आम्दानी तथा त्यस आम्दानीको स्रोत प्रदान गर्नुहोस्	\$	\$
यदि सूचित आम्दानी "\$0" छ भने तपाईंको सामान्य जीविका खर्चहरू प्रदान गर्ने तरिकाको बारेमा संक्षिप्त विवरण प्रदान गर्नुहोस्।		

खर्चहरू		
भाडा/धितो	\$	\$
मेडिकल बिलहरू/औषधिहरू	\$	\$

सम्पत्ति		
आफ्नै प्राथमिक आवास वा अन्यको सम्पत्ति हो?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	मूल्य: \$
बैंक खाताहरू/रकमहरू?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	मूल्य: \$

म प्रमाणित गर्दछु कि मलाई थाहा भए अनुसार माथि उल्लेखित जानकारी सॉचो तथा सही छ र माउण्ड कार्मेल हेल्थ (Diley Ridge)द्वारा जाँच परीक्षण गर्न सक्नेछ। मैले बुझेको छु कि मलाई यस आवेदनलाई सहयोग गर्न आम्दानी र/वा सम्पत्तिको प्रमाण ज पेश गर्न भन्न सकिनेछ। अस्पताल सहायता कार्यक्रमको उद्देश्यका लागि, म माउण्ड कार्मेल हेल्थलाई मेरो जानकारी प्रमाणित गर्नका लागि मेरो क्रेडिट ब्युरो रिपोर्ट(हरू) जाँच गर्न अधिकार दिन्छु। मैले बुझेको छु कि यदि जानकारी गलत छ भनी निर्धारण गरिएमा, म सेवाहरूको भुक्तानी गर्न जिम्मेवार हुनेछु। कृपया कुनैपनि अतिरिक्त परिस्थितिहरूको वर्णन गर्ने पत्र संलग्न गर्नुहोस्।

हस्ताक्षर _____ मिति _____