

कृपया आवेदन पूर्ण रूपमा पूरा गर्नुहोस् र पृष्ठ 3 मा भएको शपथपत्र बयानमा हस्ताक्षर गर्ने कुरा सुनिश्चित गर्नुहोस्।
सबै आवेदकहरूको लागि निम्न कागजातहरूको प्रतिलिपिहरू संलग्न गर्नुहोस्।

कृपया तलको ठेगानामा मा पठाउनुहोस्: **St. Clair Health**
Financial Assistance
1121 SITUS COURT – SUITE 200
RALEIGH, NC 27606

**सबै कागजातहरू फिर्ता गर्न असफल भएमा, प्रक्रिया अघि बढाउनमा ढिलाइ हुनेछ वा आवेदन अस्वीकार हुनेछ।
कृपया पेश गरिएको कुनै पनि कागजातहरू दुर्भाग्यवश फिर्ता गरिनेछैनन् भन्ने सोचेर मात्र प्रतिलिपिहरूलाई संलग्न गर्नुहोस्।**

- कृपया आवेदक र तिनीहरूको जीवनसाथीको लागि आवेदनको पेश गर्नुपूर्व विगत 30 दिनबाट प्राप्त गरेको सबै आम्दानीको प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्।
- आवेदन पेश गर्नुपूर्व** चेकिङ एण्ड सेभिङ्स खाताको सबैभन्दा पछिल्लो समयकोखाता विवरणहरू (सबै पृष्ठहरू)।
- यदि बिरामीको मृत्यु भएमा, कृपया मृत्यु प्रमाणपत्रको एक प्रतिलिपि र सम्पत्तिको स्थिति उल्लेख गर्ने पत्र उपलब्ध गराउनुहोस्।

तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू भएमा, कृपया 412-344-3408 मा हाम्रो ग्राहक सेवालार्ई फोन गर्नुहोस्।
सोमबार देखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजेदेखि बेलुका 8:00 बजेसम्म

अस्पतालको हालको थ्रेसहोल्ड 550 भन्दा कम क्रेडिट स्कोर भएका बिरामीहरूलाई वित्तीय सहायता प्रदान गरिन्छ। कार्यक्रम मार्गनिर्देशनहरू (अस्पतालको थ्रेसहोल्ड 550 भन्दा बढी क्रेडिट स्कोर भएका बिरामीहरूको लागि) स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग संघीय गरिबी मार्गनिर्देशनहरूमा आधारित छन्: Federal Register / Vol. 87, No. 14 / Friday, January 21, 2022, pp. 3315-3316.

पारिवारिक आम्दानी अधिकतम

परिवार संख्या	छुट		
	100%	30%	20%
1	\$ 27,180	\$ 33,975	\$ 40,770
2	\$ 36,620	\$ 45,775	\$ 54,930
3	\$ 46,060	\$ 57,575	\$ 69,090
4	\$ 55,500	\$ 69,375	\$ 83,250
5	\$ 64,940	\$ 81,175	\$ 97,410
6	\$ 74,380	\$ 92,975	\$ 111,570
7	\$ 83,820	\$ 104,775	\$ 125,730
8	\$ 93,260	\$ 116,575	\$ 139,890

* प्रत्येक अतिरिक्त पारिवारिक सदस्य \$ 4,720

बिरामीको जनसाङ्ख्यिकीय विवरण

बिरामीको नाम _____

बिरामीको फोन # _____

बिरामीको ठेगाना _____

घरायसी जनसाङ्ख्यिकीय विवरण

सबै घरका सदस्यहरूको सूची	जन्ममिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध
		आफैं

- के तपाईं संयुक्त राज्यको नागरिक हो? हो होइन
- यदि होइन भने, तपाईं संयुक्त राज्यमा कानूनी रूपमा बसोबास गर्ने स्थायी निवासी हो*? हो होइन
- *यदि बिरामी स्थायी निवासी भएमा, आधिकारिक कागजातको प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनुहोस्
- तपाईं पूर्णकालिक विद्यार्थी हो? हो होइन
- तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ वा गर्भवतीसम्बन्धी दर्ता गर्नुभएको थियो? हो होइन
- के तपाईंसँग विचाराधीन वा स्वीकृत मेडिकेड आवेदन छ? हो होइन
- के तपाईंले चिकित्सा बीमा गर्नुभएको छ? हो होइन

घरायसी सम्पत्तिहरू-चेकिङ एण्ड सेभिङ्स खाताहरू

खाताको प्रकार (जाँच वा बचत)	बैंक/संस्था	शेष रकम

अन्य घरायसी गणनीय सम्पत्तिहरू

सम्पत्तिको प्रकार	बैंक/संस्था	शेष रकम
स्टक/बन्ड		
जम्मा प्रमाणपत्र		
संयुक्त राज्य सेभिङ-ड बन्ड		
स्वास्थ्य बचत खाता (HSA)		
बचत प्रमाणपत्र		
क्रिसमस र बिदा क्लब		
अन्य		

मासिक कुल आमदानी

	बिरामी	घरका सदस्य 2	घरका सदस्य 3	घरका सदस्य 4
ज्याला / तलब / टिप्स				
बेरोजगारी भत्ता				
सामाजिक सुरक्षा				
बाल सहायता				
स्वयं-रोजगार आमदानी				
ब्याज/लाभांश आमदानी				
पेन्सन				
भाडाबाट हुने आमदानी				
ट्रस्ट भुक्तानीहरू				
कामदारहरूको क्षतिपूर्ति				
अन्य				

नोट--यदि तपाईंसँग कुनै पनि आमदानी नभएमा र अर्को व्यक्तिद्वारा आर्थिक रूपमा सहयोग गरिएमा, कृपया तिनीहरूलाई पूरा गर्नुहोस् र तलको बयानमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्:

_____ हाल कुनै आमदानी छैन। मैले हाल उहाँहरूलाई खाद्यान्न, आश्रय र कुनै पनि आवश्यक लत्ताकपडाहरूमा सहायता गरिरहेको छु। मैले उहाँहरूलाई प्रति महिना औषतमा \$ _____ रकम आर्थिक मद्दत पनि गर्छु।

X

सहायताकर्ताको हस्ताक्षर

मिति

शपथपत्र- सबै आवेदकहरूले हस्ताक्षर गर्नुपर्छ

म मेरो क्षमता, ज्ञान र विश्वासको उत्कृष्टतामा यो फाराममा इङ्कित गरिएको सबै जानकारी सत्य, सही र पूरा छ भनी कसम खान्छु (वा पुष्टि गर्दछु)। म St. Clair Hospital वित्तीय सहायता प्राप्त गर्ने मेरो योग्यतामा प्रभाव पार्न सक्ने यो फाराममा इङ्कित गरिएको आमदानी, वित्तीय संसाधनहरू वा अन्य जानकारीमा हुने सबै परिवर्तनहरू एक हप्तामा St. Clair Hospital रिपोर्ट गर्न सहमत छु। म यो कार्यक्रमको लागि मेरो बयान र योग्यता प्रमाणित गर्नको लागि मेरो ऋण र अन्य वित्तीय जानकारीको सन्दर्भ लिइन सकिनेछ भनी बुझ्छु।

वित्तीय सहायता प्राप्त गर्ने उद्देश्यको लागि बिरामीद्वारा उपलब्ध गराइएका विवरणहरूलाई अभियोगको लागि पेन्सिलभेनिया न्याय विभागमा पठाइनेछ। कार्यक्रम आवेदनमा झूटा जानकारी दिने बिरामीहरू अबउप्रान्त कार्यक्रमको लागि योग्य हुनुहुनेछैन र भूतलक्षी रूपमा पहिलो दिनमा कार्यक्रमअन्तर्गत भएका खर्चहरूसमेत गरी कार्यक्रममा भर्ना हुँदाका सबै खर्चहरूको लागि जिम्मेवार हुनेछन्।

X

आवेदकको हस्ताक्षर

मिति