

जमानीको नाम

«ठेगाना»

«सहर», «राज्य» «जिप»

मिति: आजको मिति

नाम (पहिलो, बीचको, अन्तिम)

जिम्मेवार पार्टी आइडी #:

फिर्ता गरिएको:

आर्थिक स्रोतहरू उपलब्ध नभएका बिरामीहरूलाई मेडिकल स्याहार प्रदान गर्न Nebraska Medicine समर्पित छ । तपाईं सहायताको लागि योग्य हुनुभयो भने तपाईंको खाता (हरू) को भाग, 100% सम्म माफ गरिन सक्छ । माफ गरिएको रकमको निम्ति तपाईं जिम्मेवार हुनुहुनेछैन । Nebraska Medicine ले वंश, विश्वास, रङ, लिङ्ग, राष्ट्रियता, धर्म वा उमेरको आधारमा भेदभाव नगर्ने तरिकामा यो सहायता कार्यक्रमलाई संचालन गर्दछ ।

निर्देशनहरू: आवेदनलाई पूर्णरूपले भर्नुहोस् । तपाईंले आवेदन भर्नुहुँदा तल दिइएका कुनै कागजातहरूका प्रतिहरू समावेश गर्नुपर्छ । कृपया ती कागजातहरूको फोटोकपी राख्नुहोस्, सक्कल प्रति होइन किनकि Nebraska Medicine ले आवेदनको साथमा पठाइएका कागजातहरू फिर्ता गर्ने ग्यारेन्टी गर्न सक्दैन । कुनै पनि कागजातहरू हराएका छन् भने त्यसले तपाईंको आवेदनको प्रक्रियामा ढिला गर्न सक्नेछ र/वा सम्पूर्ण बाँकी रकमको निम्ति तपाईंलाई जिम्मेवार बनाउँदै आवेदन इन्कार गराउन सक्छ ।

पूर्णरूपले भरेको आवेदन र कागजात पठाउनुहोस्:

Nebraska Medicine (नेब्रास्का मेडिसिन)

एटिटिएन: बिरामीको पहुँच- आर्थिक परामर्श

Attn: Patient Access - Financial Counseling

97530 Nebraska Medical Center

Omaha, NE 68198-7530

1. तपाईंको आमदानी यस्तो छ भने:

तपाईंको हालैको IRS फाराम 1040 र उपयुक्त समयावधीको प्रति राख्नुहोस्

तपाईंले संघीय आमदानी कर फिर्ता दर्ता गर्नुभएको छैन भने तपाईंले गर्नुपर्छ:

तपाईंले दर्ता गर्नु आवश्यक छैन भनेर लिखित रूप भन्नुहोस् र किन भन्ने कारण पनि (आवेदनको साथमा यो पठाउनुहोस्)

कसैको संघीय आमदानी कर फिर्ताको हालसालैको प्रति हामीलाई पठाउनुहोस्, जसले तपाईंलाई निर्भर भनेर दाबी गर्छ

तपाईंको घरसायसी आमदानीको अतिरिक्त प्रमाण साथमा राख्नुहोस्, जसमा यी कुराहरू समावेश हुन सक्छन्:

- सामाजिक सुरक्षा 1099 फारामहरू वा अवार्ड पत्रहरू
- बेरोजगार वा कर्मचारी क्षतिपूर्ति अवार्ड पत्रहरू
- अन्तिम दुई भुक्तानी गरिएको अर्धकट्टी (आफ्नो, पति वा पत्नी र एउटै घरमा बस्ने अन्य)
- तपाईं स्वरोजगार हुनुहुन्छ भने तपाईंले सेडुल सी र/वा नाफा र नोक्सान विवरण समावेश गर्नुपर्छ
- बाल सहायता वा भर्त्ता
- स्नाप (खानेकुराको स्टाप), तताउने वा हाउजिड सहायता पत्रहरू

2. तपाईंसँग कुनै आमदानी छैन भने:

तपाईंसँग कुनै आमदानी छैन भने सहायताको पत्र हामीलाई पठाउनुहोस् । तपाईंलाई सहायता प्रदान गर्ने व्यक्तिले पत्र दस्तखत गर्नुपर्छ र कागजातलाई नोटरी गर्नुपर्छ ।

3. धरायसी रकम उपलब्धताको प्रमाण

- जाँच र/वा बचत खाताहरू
- स्टक, बन्ड, मौज्दातको प्रमाणपत्रहरू (CDs), उच्च रूपमा व्याज दिने खाताहरू वा पेन्सनहरू
- रियस स्टेट समेत गरी अन्य कुनै लगानीहरू
- स्वास्थ्य बचत खाताहरू (HSA), मेडिकल बचत खाताहरू (MSA), फ्लेक्सिबल स्पेन्डिङ अरेन्जमेन्टस् (FSA), वा स्वास्थ्य क्षतिपूर्ति अरेन्जमेन्ट (HRA)

4. मेडिकल सहायताको इन्कारको पत्र

प्रारम्भिक आर्थिक स्क्रिनिकडको आधारमा तपाईंले मेडिकल सहायताको लागि आवेदन दिनु जरूरी हुन सक्छ (Medicaid, असक्षमता र/वा अन्य उपलब्ध कार्यक्रमहरू) र हामीले तपाईंको आवेदन स्वीकृत गर्नुअघि तपाईंको इन्कारको पत्र पठाउनुहोस् । सेवाहरूका लागि आर्थिक सहायता स्वीकृत भए पनि तपाईंले प्रक्रियाको कुनै पनि समयमा मेडिकल सहायता आवेदन पा गर्नु जरूरी हुन सक्छ ।

नाम (पहिलो, मध्य, अन्तिम)	जिम्मेवार पार्टी आइडी #:	फिर्ता गरिएको:
---------------------------	--------------------------	----------------

आर्थिक सहायता आवेदन फाराम

जिम्मेवार पार्टीको नाम:			
ठेगाना:	सहर:	राज्य:	जिप:
दिनको समयमा फोन नम्बर:	परिवारको आकार (बिरामी, पति वा पत्नी वा निर्भरहरू):		वैवाहिक अवस्था:
रोजगारीको अवस्था:	<input type="checkbox"/> पूर्णकालीन	<input type="checkbox"/> आइशिक समय	<input type="checkbox"/> स्वरोजगार <input type="checkbox"/> बेरोजगार <input type="checkbox"/> विद्यार्थी
रोजगारीको समयावधी:	बेरोजगारी भइको मिति/समयावधी: (महिना, दिन, वर्ष)		

पति वा पत्नी/साझेदारको नाम:			
रोजगारीको अवस्था:	<input type="checkbox"/> पूर्णकालीन समय	<input type="checkbox"/> आइशिक समय	<input type="checkbox"/> स्वरोजगार <input type="checkbox"/> बेरोजगार भएको <input type="checkbox"/> विद्यार्थी
रोजगारदाताको नाम:			
रोजगारीको समयावधी:	बेरोजगारी भएको मिति/समयावधी (महिना, दिन, वर्ष)		

निर्भर भएका व्यक्तिहरू (5 जना भन्दा धेरै निर्भर व्यक्तिहरू छन् भने अलग पृष्ठ प्रयोग गर्नुहोस्)		
पूरा नाम	सम्बन्ध	जन्म मिति (महिना, दिन, वर्ष)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

के तपाईंको स्वास्थ्य बीमा गरिएको छ ? छ छैन

छ भने कृपया तपाईंको बीमा कार्ड (हरू) को अगाडि र पछाडिको प्रतिलिपि पनि राख्नुहोस् ।

विगत 6 महिनामा के तपाईंले Medicaid/असक्षमता वा अन्य सरकारी सहायताको लागि आवेदन दिनुभएको छ ? छ छैन

छ भने कृपया योग्यताको प्रमाण वा इन्कारको पत्रको फोटोकपी पनि राख्नुहोस् ।

अटो दुर्घटना, कर्मचारीको क्षतिपूर्ति वा कुनै तेस्रो पक्ष मुद्दा सम्बन्धी सेवाहरू कृपया एटोर्नी र/वा प्रतिनिधिको नाम र सम्पर्क जानकारी प्रदान गर्नुहोस्:

नाम:

ठेगाना:

फोन नम्बर:

मुद्दाको प्रकार:

मासिक रूपमा घरको आमदानी: तपाईंको आफ्नो र घरका अन्य सदस्यहरूको मासिक आमदानी दिनुहोस् । तपाईंको IRS फाराम 1040 र आमदानीको कागजातहरूको अन्य प्रमाणको प्रतिलिपिहरू पनि राख्नुहोस् (हेर्नुहोस् कागजातहरूको सूची) ।

	आफू	पति वा पत्नी र/वा अन्य घरका सदस्यहरू		आफू	पति वा पत्नी र/वा अन्य घरका सदस्यहरू
ज्यालाहरू	\$	\$	बेरोजगार	\$	\$
स्वरोजगार	\$	\$	कर्मचारी क्षतिपूर्ति	\$	\$

पेन्सन वा रिटायर्मेन्ट	\$	\$	भत्ता	\$	\$
बोसन वा ब्याज	\$	\$	बाल सहायता	\$	\$
भाडाहरू र रोयल्टीहरू	\$	\$	अन्य	\$	\$

मासिक रूपमा घरायसी र मेडिकल खर्चहरू: तपाईंलाई प्रभाव नपार्ने कुनै कुराहरूका लागि N/A लेख्नुहोस् । अतिरिक्त खर्चहरूका निम्ति अर्को कागज प्रयोग गर्नुहोस् ।

	नतिरेको रकम	मासिक शुल्क		नतिरेको रकम	मासिक शुल्क
लोन	\$	\$	कलेक्सन एजेन्सीहरू	\$	\$
भाडा	\$	\$	क्रेडिट कार्डहरू	\$	\$
लोनहरू	\$	\$	युटिलिटीहरू	\$	\$
मेडिकल खर्चहरू	\$	\$	खानेकुरा	\$	\$
सिफारिस गरिएको औषधीहरू	\$	\$	गाडी बीमा	\$	\$
बाल स्याहार	\$	\$	जीवन बीमा	\$	\$
टेलिफोन	\$	\$	स्वास्थ्य बीमा	\$	\$
अन्य	\$				

उपलब्ध घरायसी स्रोतहरू: यो आवेदनमा पछिल्लो महिनाको निम्ति तपाईंको घरायसी विवरणहरूको प्रति राख्नुहोस् ।

के तपाईं वा तपाईंको घरको अन्य सदस्यहरूको बैंक खाता छ ? छ छैन

छ भने कृपया हालसालैको मासिक विवरण पनि राख्नुहोस् । तपाईंसँग भएको खाताहरूको प्रकार जाँच गर्नुहोस्:

चेकिङ बचत रकम बजार मौज्जातको प्रमाणपत्रहरू (CD's) स्वास्थ्य बचत खाताहरू (HSA, FSA, MSA, HRA)

के तपाईंसँग कुनै स्टक, बन्डहरू वा अन्य लगानीहरू छन् ?..... छ छैन

छ भने कृपया हालसालैको विवरणहरूको प्रतिहरू पनि राख्नुहोस् ।

सवारी साधन: आफ्नै भाडामा (एउटामा लगाउनुहोस्) बनेको मोडल वर्ष
 बनेको मोडल वर्ष

यहाँ सूचीकृत गरिएका सबै जानकारीहरू सत्य छन् र मेरो ज्ञानअनुसार सही छन् भनेर म प्रमाणित गर्दछु । सेवाहरूका लागि भुक्तानी गर्न मेरो क्षमता निर्धारण गर्न जानकारी प्रयोग हुन्छ, जुन Nebraska Medicine द्वारा मलाई घटाइन्छ भनेर मैले बुझेको छु । त्यसकारण यहाँ भएका जानकारी अनुसन्धान गर्न, आर्थिक जानकारी प्राप्त गर्न, छोड्न वा काम गर्न मैले Nebraska Medicine लाई व्यक्तिगत अनुमति प्रदान गरेको छु । यो आर्थिक जानकारीको कागजातमा तपाईंले नोट गर्नुभएको ती व्यक्तिहरू, फर्म, कर्पोरेसनहरू, आदिलाई लिखित संचार वा टेलिफोन गर्ने, सम्पर्क गर्ने कुरा अनुसन्धानमा समावेश हुनेछ । अनुसन्धानमा क्रेडिट जाँच पनि समावेश हुन सक्छ । त्यसकारण यस्ता अनुसन्धानअनुसार गरिएका आदेश वा गल्ती, संचार वा देखाउने कुराका निम्ति जिम्मेवारीबाट अस्पतालको आग्रहमा जानकारी उपलब्ध गर्ने निश्चित अस्पतालका व्यक्तिहरू र सबै पक्षहरूलाई म घोषणा गर्दछु । गलत जानकारी बुझाएमा कुनै पनि प्रकारको सहायताबाट मलाई स्वतः अयोग्य बनाइनेछ भनेर मैले बुझेको छु ।

जिम्मेवार पक्षको दस्तखत _____ मिति: _____

पति वा पत्नीको दस्तखत _____ मिति: _____