

आवेदन निर्देशन र योग्यता दिशानिर्देश

कृपया आवेदन पूर्ण रूपमा पूरा गर्नुहोस् र पृष्ठ 4 मा रहेको शपथ पत्रमा हस्ताक्षर गर्न निश्चित हुनुहोस् । सबै आवेदकहरूको लागि निम्न कागजातहरूको प्रतिलिपिहरू संलग्न गर्नुहोस् ।

कागजात पठाउनुहोस्: **St. Clair Health**
Financial Assistance
5000 Centregreen Way
Suite 100
Cary, NC 27513

सबै कागजातहरू फिर्ता गर्न असफल भएमा या त प्रशोधनमा ढिलाइ हुनेछ वा आवेदन अस्वीकृत हुनेछ। कृपया प्रतिलिपिहरू संलग्न गर्नुहोस् किनकि दुर्भाग्यवश पेश गरिएका कुनै पनि कागजातहरू फिर्ता गर्न सकिंदैन।

- आवेदक र उनको जीवनसाथीको लागि आवेदन पेश गर्नु अघि विगत 30 दिनबाट प्राप्त भएको **सबै आयको** प्रमाण संलग्न गर्नुहोस् ।
- सबैभन्दा हालको** जाँच र बचत खाता विवरणहरू (सबै पृष्ठहरू) आवेदन पेश गर्नु अघि ।
- यदि बिरामीको मृत्यु भएको छ भने, कृपया मृत्यु प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि र सम्पत्तिको स्थिति बताउने पत्र प्रदान गर्नुहोस्।

यदि तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया 412-344-3408 मा ग्राहक सेवालाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

सोमबार देखि शुक्रबार बिहान 8:00 बजे देखि 8:00 बजे सम्म

जसको क्रेडिट स्कोर अस्पतालको हालको 550 को थ्रेसहोल्ड भन्दा कम छ वा तलका आवश्यकताहरू पूरा भएका बिरामीहरूलाई आर्थिक सहायता दिइन्छ। कार्यक्रम दिशानिर्देशहरू (550 को अस्पताल थ्रेसहोल्ड भन्दा माथि क्रेडिट स्कोर भएका बिरामीहरूका लागि) स्वास्थ्य र मानव सेवा संघीय गरिबी दिशानिर्देशहरूमा आधारित छन्: संघीय दर्ता / खण्ड खण्ड 89 / जनवरी 17, 2024, पृष्ठहरू 2961-2963

संयुक्त पारिवारिक आय अधिकतम

परिवारको आकार	छुट(USD)		
	100%	३०%	२०%
1	\$30,120	\$37,650	\$45,180
2	\$40,880	\$51,100	\$61,320
3	\$51,640	\$64,550	\$77,460
4	\$62,400	\$78,000	\$93,600
5	\$73,160	\$91,450	\$109,740
6	\$83,920	\$104,900	\$125,880
7	\$94,680	\$118,350	\$142,020
8	\$105,440	\$131,800	\$158,160
वार समूहको प्रत्येक अतिरिक्त सदस्य	\$10,760	\$13,450	\$16,140

पारिवारिक नेट सम्पत्ति > \$10,000 लाई पनि योग्यता निर्धारण गर्दा केसको आधारमा मानिनेछ।

रोगी जनसांख्यिकी

बिरामीको नाम

बिरामीको फोन नम्बर

बिरामीको ठेगाना

घरेलु जनसांख्यिकी

घरका सबै सदस्यहरूको सूची बनाउनुहोस्	जन्म मिति	रोगी संग सम्बन्ध
		स्व

तपाईं सयुक्त राज्य अमारका को एक नागरिक हुनुहुन्छ?

हो

छैन

यदि होइन भने, के तपाईं स्थायी बासिन्दा हुनुहुन्छ, कानूनी रूपमा अमेरिकामा बस्दै हुनुहुन्छ*?

हो

छैन

* यदि बिरामी स्थायी बासिन्दा हो भने, आधिकारिक कागजातको प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस्

के तपाईं पूर्ण-समय विद्यार्थी हुनुहुन्छ?

हो

छैन

के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ वा प्रवेश गर्भवस्था सम्बन्धित थियो?

हो

छैन

के तपाईंसँग पेन्डिङ वा स्वीकृत Medicaid आवेदन छ?

हो

छैन

के तपाईंसँग चिकित्सा बीमा छ?

हो

छैन

घरपरिवारको सम्पत्ति जाँच र बचत खाताहरू

खाता प्रकार (जाँच वा बचत)	बैंक / संस्थान	सन्तुलन

अन्य घरेलु गणनायोग्य सम्पत्तिहरू (निवृत्ति सम्पत्तिहरू बाहेक)

सम्पत्तिको प्रकार	बैंक / संस्थान	सन्तुलन
स्टक/बन्ड		
निक्षेपको प्रमाणपत्र		
अमेरिकी बचत बन्डहरू		
स्वास्थ्य बचत खाता (HSA)		
बचत प्रमाणपत्र		
क्रिसमस वा छुट्टी क्लब		

घरेलु ऋण/ऋण (प्राथमिक आवास धितो बाहेक)

क्रेडिट को प्रकार	बैंक / संस्थान	सन्तुलन
ऋण/ऋण (बन्धक बाहेक)		
क्रेडिट कार्ड १		
क्रेडिट कार्ड २		
क्रेडिट कार्ड ३		
अन्य १		
अन्य २		
अन्य ३		

मासिक सकल आय

	बिरामी	घरपरिवार सदस्य २	घरपरिवार सदस्य ३	घरपरिवार सदस्य ४
ज्याला / तलब / सूझाव				
बेरोजगारी क्षतिपूर्ति				
सामाजिक सुरक्षा				
बाल समर्थन				
स्व-रोजगार आय				
ब्याज / लाभांश आय				
पेन्सन				
भाडा आम्दानी				
ट्रस्ट भुक्तानीहरू				
कामदारको क्षतिपूर्ति				
अन्य				

नोट: यदि तपाईंसँग कुनै आम्दानी छैन र अर्को व्यक्तिले आर्थिक रूपमा सहयोग गरिरहनुभएको छ भने, कृपया तिनीहरूलाई पूरा गराउनुहोस् र तलको बयानमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्:

_____ हाल कुनै आय छैन। म हाल उनीहरूलाई खाना, बास र कपडाको आवश्यकतामा सहयोग गर्दछु। उनीहरूलाई रकममा आर्थिक सहयोग पनि गर्छु।
\$ _____ औसत प्रति महिना।

X

_____ समर्थन दाताको हस्ताक्षर

_____ मिति

AFIDAVIT - सबै आवेदकहरूले हस्ताक्षर गर्नुपर्छ

म कसम (वा पुष्टि) गर्छु कि यो फारम मा सबै जानकारी सत्य, सही, र मेरो सबै भन्दा राम्रो जानकारी पूर्ण छ। म सेन्ट क्लेयर अस्पतालमा आर्थिक सहायताको लागि मेरो योग्यतालाई असर गर्न सक्ने यस फारममा सूचीबद्ध आम्दानी, वित्तीय स्रोत वा अन्य जानकारीमा भएका सबै परिवर्तनहरूको एक हप्ता भित्र सेन्ट क्लेयर अस्पताललाई सूचित गर्न सहमत छु। म बुझ्छु कि मेरो क्रेडिट र अन्य सान्दर्भिक वित्तीय जानकारी कथन र कार्यक्रमको लागि मेरो योग्यता प्रमाणित गर्न परामर्श गर्न सकिन्छ।

आर्थिक सहायता प्राप्त गर्ने उद्देश्यका लागि बनाइएको जालसाजीपूर्ण बिरामी बयानहरूलाई उपयुक्त अभियोजनको लागि पेन्सिलभेनियाको महान्यायाधिवक्ताको कार्यालयमा पठाइनेछ। कार्यक्रम आवेदन झूटा गर्ने रोगीहरू अब कार्यक्रमको लागि योग्य हुनेछैनन् र कार्यक्रम अन्तर्गत पहिलो दिनमा त्यस्ता शुल्कहरू लगाइएको थियो।

X

_____ आवेदकको हस्ताक्षर

_____ मिति