

महत्वपूर्ण: तपाईं निःशुल्क या छुट खर्चमा उपचार सेवा पाउनकालागि योग्य हुनुहोला। तपाईंले यो फारम भरेर पेश गर्दा, बि.जे.सी. हेल्थ केयरमा उपचारका निम्ति या अन्य सर्वाजनिक कार्यक्रमहरूमा निःशुल्क या छुटमा उपचार सेवा पाउन योग्य भए या नभएको बारेमा निधो गर्ने छ।

तपाईंको स्वास्थ्य वीमा नभएमा, निःशुल्क या छुट खर्चमा उपचारकालागि शोसियल सेकिउरीटि नम्बर चाहिँदैन। तर कुनै सर्वाजनिक कार्यक्रमहरू जस्तै: मेडिकेटका निम्ति भने शोसियल सेकिउरीटि नम्बर चाहिन्छ। शोसियल सेकिउरीटि नम्बर नभएपनि हुन्छ तर यस नम्बरको साहेताले हस्पिटलले तपाईं सार्वजनिक कार्यक्रममा योग्य भए या नभएको बारेमा निधो गर्न सक्दछ।

यो फारम भरेर ब्याक्तिगत हस्पिटलमा बुजाउने, या हुलाक मार्फत यस ठेगानामा पोष्ट गर्ने: 600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68--112, St. Louis, MO 63110-9930, या विध्युतिया/ एलेक्ट्रोनिक सेवा मार्फत यस ठेगानामा पठाउने: patacct@bjc.org, या फ्याक्श द्वारा ३१४-७४७-६९७७ मा तपाईंले हस्पिटलको तिर्नुपर्ने बिल पहिलो पटक पाएको मितिबाट २४० भित्रमा निःशुल्क या छुटकालागि आवेदन फारम पेश गर्नुपर्ने हुन्छ।

आवेदन फारमले मागेबमोजिम विरामीले यो सम्पूर्ण प्रकृत्यालाई स्वीकार्दै निजले हस्पिटललाई आर्थिक सहयोगका निम्ति योग्यता निर्धारित गर्न दिएका विवरणहरू सही-सत्य हुन् भनि स्वीकार गरेका छन्।

बिरामीको विवरण

बिरामीको नाम:	जन्म मिति:	बिरामीको शोसियल सेकिउरीटि न. (ईच्छको कुरा हो, नभएपनि हुन्छ)
बिरामी	बीलका निम्ति जिम्मेवार ब्याक्ति	
के तपाईं सेवा लिएका समायमा ईलिनोइको बासिन्दा हुनुहुन्थ्यो? हो ____ होइन ____	नाम:	
स्ट्रिट:	स्ट्रिट:	
सिटि, स्टेट, जिप	सिटि, स्टेट, जिप	
फोन: ()	फोन: ()	
ईमेल:	ईमेल:	

रोजगारको विवरण

बिरामीको नियोक्ता	पति/पत्निको/अविभावकको नियोक्ता	
स्ट्रिट:	स्ट्रिट:	स्ट्रिट:
सिटि, स्टेट, जिप	सिटि, स्टेट, जिप	सिटि, स्टेट, जिप
फोन: ()	फोन: ()	फोन: ()

अन्य जानकारी

१. के कथित दुर्घटनामा बिरामीको सम्लग्न भएकाले उहाँलाई उपचार सेवाको आवश्यकता परेको हो?	हो _____ होईन _____
२. के बिरामी कथित अपराधको सिकार भएकाले उहाँलाई उपचार सेवाको आवश्यकता परेको हो?	हो _____ होईन _____
३. बिरामीको घर/परीवारको संख्य ।	
४. बिरामीमाथि आस्रित* ब्याक्तिहरूको संख्य?	
५. बिरामीमाथि आस्रित* ब्याक्तिहरूको उमेर कति हो?	
६. के उपचार सेवा लिदै गर्दा या लिएपछाडि बिरामीले सम्बन्धविच्छेद गरी सक्नु भएको थियो या गर्ने प्रकृत्यमा हुनुहुन्थ्यो?	हो _____ होईन _____
७. के उपचार पाउँदै गर्दा या त्यसपछि ति बिरामी, सम्बन्धविच्छेद गरीसकेका या गर्ने क्रममा रहेका बाबु या आमामाथि, आस्रित थिए?	हो _____ होईन _____

८. यदि माथिका प्रश्न ६ या ७, मा हो भनेको हुदाँ, सम्बन्धविच्छेद या विच्छेद हुन सहमति या आदेश बमोजिम बिरामीलाई उपचार गर्ने जिम्मेवारी कस्को हो?

नाम: _____

सम्बन्ध: _____

ठेगाना: _____ नगर, प्रान्त, जिपकोड:

फोन: (_____) _____

*आस्रित भनेको नाबालक हो, या अरूको संघीय कर फिर्ती या इन्कम ट्यक्श रिटर्नसमा नाम जोडिएको ब्याक्ति।

बिमाले खर्च बिहोरेका र लिएका सम्पूर्ण सेवाहरूलाई तलका शाखाहरूमा सूचिकृत गर्ने।**

बिमाको परीकार	बिमाको नाम	पोलेसि नम्बर	ग्रुप या संख्य नम्बर
स्वास्थ्य बिमा			
मेडिकेयर			
मेडिकेयर सप्लिमेन्ट			
मेडिकेट			
भेटेरेनहरूको सुविधाहरू			

मासिक आयश्रोत र खर्चहरू**

(तलका कुनै एक प्रमाणलाई समावेश गर्ने या टाँस्ने)

क. ताजा कर फिर्ती प्रमाण घ. नगदमा काम गरेमा नियोक्ताबाट तनखाको लिखित प्रमाण ल्याउने

ख. ताजा w-2 फारम र १०९९ फारमहरू ड. IRS ले दिएको वार्षिक कर फिर्तिको प्रतिलिपि (IRS Form १०२२)

ग. दुई (२) ताजा ज्याला प्रमाणित चेकका अर्दकट्टि

आवेदन अगाडि बढाउन, आयश्रोतको विवरण दिइनु पर्दछ।

	बिरामी	दम्पति/दम्पतिजन्य मित्र	आमा-बाबु/अभिभावक
कुल मासिक ज्याला			
स्वायम रोजगार आयश्रोत			
सोशल सेकिउरीटी			
सोशल सेकिउरीटी अपाङ्गता			
निजि अपाङ्गता			
भेटेरेन अपाङ्गता			
भेटेरेन पेनशन			
बेरोजगार			
श्रमिकको क्षतिपूर्ति			
अवाकाश आयश्रोत			
बालक सहयोग			
निर्वाह खर्च या अन्य दम्पतीय सहयोग			
आवश्यक पर्ने परीवारलाई अस्थाई साहयता (TANF)			
अन्य, सूचिकृत गर्ने			

खर्चहरू	मासिक खर्च
घर भाडा	
उपयोगिता (जस्तै. फोन, ग्यस, बिजुलि, पानी)	
खाद्य	
बच्चा हेरचाह	
यातायात	
उपचार खर्च	
अन्य खर्चहरू	

**अपवादहरू: यदि बिरामी ईलिनोइजको बासिन्दा भएमा, बिमा नभएको अवस्थामा र एल्टोन मेमोरियल हस्पिटलमा उपचार सेवा लिनेगरेको हुँदा र ७७ ILAC ४५००.४० अन्तर्गतको नियममा उल्लेखित मापदण्डहरू पुरा गरेको हुँदा, र साथै, पारिवारीक आयश्रोतका बारेमा अनुमानिक योग्यताहरू पुगेको खण्डमा यस्ता बिरामीले यस आवेदनको यो साखा भर्नु पर्दैन।

बिरामीले NHSC क्षेत्रमा सहयोगबालागि आवेदन पेश गरेको गर्दै गरेको भएमा, निज बिरामीले यस आवेदनको बिमा र खर्च सम्बन्धित साखाहरू भर्नु पर्दैन। NHSC क्षेत्र अन्तर्गत: बहुरबोन मेडिकल अफिस, किउबा मेडिकल अफिस, स्टिलभिल मेडिकल अफिस, सुल्लिभान मेडिकल अफिस र मेडिकल आर्ट्स क्लिनिक-फार्मिडन पर्दछन्।

बित्तीय अवस्था सम्बन्धित अन्य उचित विवरणहरू समावेश गर्ने।

प्रमाणीकरण: यस आवेदनमा दिएका विवरणहरू मेरो अधिकतम जानकारीबमोजिम सत्य र सही हुन्। यस अस्पतालको बिल या ऋण तिर्न, म कुनैपनि प्रानत, संघीय या स्थानिय सहयोग, जस्कालागि म योग्य हुनेछु, म आवेदन दिने छु। मैले बुझेको छु बिजेसि स्वास्थ्य सेवाले मैले दिएको विवरणलाई प्रमाणीकरण गर्ने छ। साथै, विजेसिलाई आवेदनमा राखेका विवरणहरूको सत्यता प्रमाणीत गर्नका निम्ति तेस्रो पक्षसँग सम्पर्ग गर्न अनुमति प्रधान गर्दछु। मलाई जानकारी छ कि मैले जानि-बुझिकन दिएका विवरणहरू असत्य प्रमाणीत भएमा, म वित्तीय सहयोगकालागि अयोग्य ठहरीनेछु, र मेरा निम्ति स्वीकृत गरीएको रकम फिर्ता गर्नुपर्ने हुन्छ। अनि, बिल या ऋण तिर्न म जिम्मेवार हुनेछु।

बिरामी/जिम्मेवार पक्षको हस्ताक्षर:

मिति:

लागुहुने: १/०१/२०१६ बित्तीय सहयोगको मुल्याङ्कन ०१/२०१६