

## वित्तीय सहायता आवेदन फाराम

### वित्तीय सहायता कार्यक्रम

हाम्रो ध्येय अनुसार मेट्रो हेल्थ हाम्रो समुदायलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने र हाम्रा सबै बिरामीहरूलाई मर्यादा, सहानुभूति र सम्मानका साथ व्यवहार गर्ने कुरामा प्रतिबद्ध छ।

हाम्रो वित्तीय सहायता कार्यक्रमले आफूले प्राप्त गरेको सेवा वापतको पूरै वा आंशिक शुल्क तिर्न नसके सहायताको लागि योग्य बिरामीलाई निःशुल्क वा भारी छुट सहितको मूल्यमा सेवा उपलब्ध गराउँछ। हाम्रो वित्तीय सहायता कार्यक्रमले वित्तीय सहायताको लागि योग्यता मापदण्डहरू पूरा गर्ने बिरामीहरूलाई अस्पताल/चिकित्सक शुल्कमा 100 प्रतिशतसम्म छुट दिन्छ।

वित्तीय सहायताको लागि आवेदन दिँदा हामीलाई न्यायोचित र समयोचित निर्णय लिन आवश्यक पर्ने विवरण र आवश्यक कागजातहरू उपलब्ध गराउनमा तपाईंको सहयोग चाहिन्छ। यदि पूर्ण वा सही विवरण दिइएको छैन भने तपाईंको आवेदन अगाडि नबढाई अस्वीकृत हुनसक्छ, त्यस अवस्थामा तपाईंले आफ्नो बिल पूरै तिर्नुपर्ने हुन्छ।

यी निवेदनहरूको संवेदनशीलताको कारणले बिरामी वा परिवारका सदस्यहरूसँग हुने सबै पत्राचार/संवादलाई सख्त गोप्य र सहानुभूतिपूर्वक लिइनेछ।

आफ्नो स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी आवश्यकताको लागि मेट्रो हेल्थको छनोट गर्नुभएकोमा यहाँलाई धन्यवाद। हामी हाम्रो समुदायका स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी आवश्यकताहरूलाई पूर्ति गर्ने कुरामा गौरव गर्छौं।

यस आवेदन फारामको प्रति अङ्ग्रेजी, स्पेनी, अरबी, बोस्नियाली, बर्मेली, चिनियाँ-म्यान्डरिन, नेपाली, किन्यावान्डा, कोरियाली, सोमाली, स्वाहिली र भियतनामी भाषामा उपलब्ध छ।

यो वित्तीय सहायता आवेदन फाराम तपाईंलाई भर्नाको लागि दिइएको छ ताकि हामीले तपाईं हाम्रो वित्तीय सहायता कार्यक्रमको लागि योग्य हुने/नहुने कुरा निर्धारण गर्न सकौं।

**यो फाराम भर्नामा योग्य बन्ने कुराको ग्यारेन्टी हुँदैन**

यदि तपाईंले यो आवेदन प्याकेट पूरा गर्नुभएन वा यदि तपाईंले यसलाई मागेको सहायक कागजात बिना फर्काउनुभयो भने तपाईं हाम्रो वित्तीय सहायता कार्यक्रमको लागि योग्य हुने/नहुने कुरा निर्धारण गर्न असमर्थ हुनेछौं। त्यस अवस्थामा तपाईंको खातामा रहेको पूरै रकम तिर्ने जिम्मेवारी तपाईंको हुनेछ।

यदि यो फाराम भर्नामा वा सहायक सामग्रीहरू सङ्कलन गर्नमा तपाईंलाई सहयोग चाहिएमा कृपया **616-252-7110 वा 1-800-968-0051** मा फोन गरेर मेट्रो हेल्थ ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

तपाईं हाम्रो वित्तीय सहायता कार्यक्रमको लागि योग्य हुने/नहुने कुरा निर्धारण गर्नको लागि कृपया यो प्याकेट पूरा भरेर निम्न सहायक कागजातहरू सहित फर्काउनुहोस्:

- ✓ तस्वीर सहितको ID को प्रतिलिपि (प्रान्तीय सवारी चालक अनुमतिपत्र/प्रान्त ID)।
- ✓ गत वर्षको फाराम 1040 संघीय कर दाखिला, सबै फारामहरू W-2 र/वा 1099 सहित।
- ✓ वर्षको सुरुदेखि हालसम्मको कुल तलब सहित गत दुई हप्ताको तलब अर्धकट्टी, वा वर्षको सुरुदेखि हालसम्मको कुल तलब बिना गत दुई महिनाको तलब अर्धकट्टी (यदि तलब अर्धकट्टी बिना नगदमा भुक्तानी भएको छ भने रोजगारदाताबाट लिखित प्रमाणीकरण उपलब्ध गराउनुहोस्)।
- ✓ अन्य सबै आय स्रोतहरूको प्रमाण, जस्तो बेरोजगार भत्ता, अपाङ्गता भत्ता, भाडा, पेन्सन, वार्षिकी, ब्याज भुक्तानी, आदि।
- ✓ यदि तपाईं हाल सामाजिक सुरक्षा भत्ता पाइरहनुभएको छ भने तपाईंको "भत्ता रकम" पत्रको एक प्रति।
- ✓ गत दुई महिना सम्मको चालु (चेकिङ), बचत, मुद्दती रसिद, आदि खाताको बैंक स्टेटमेन्ट (विवरण) का प्रतिलिपि।
- ✓ पछिल्लो पटकको युटिलिटी (बिजुली, पानी, ग्यास) को बिल, टेलिफोन बिल, वा तपाईं बसेको आवासबाट केबल टेलिभिजनको बिलको प्रति।
- ✓ यदि तपाईं विद्यार्थी हुनुहुन्छ भने हालको सेमेस्टरको क्रेडिट/कक्षाको सूची र तपाईंको विद्यार्थी परिचयपत्रको प्रतिलिपि।
- ✓ यदि तपाईंले आगामी पेजहरूमा \$0 आय देखाउने हो भने तपाईं वा तपाईंको परिवारलाई सहयोग प्रदान गरिरहेका कुनै पनि व्यक्ति (हरू) ले पूरा भरेको सहयोग कथन (फारामको अन्तमा)।

☞ ध्यान दिनुहोस्: विरामीको तस्वीर सहितको ID मा लेखिएको नाम र तलब अर्धकट्टी र कर दाखिलामा भएको नाम एकै हुनुपर्छ।

कृपया यो आवेदन फाराम पूरा भरेर मागिएको सहायक कागजातहरू सकेसम्म छिटो फर्काउनुहोस्। आवश्यक सबै सहायक कागजातहरू उपलब्ध नगराएसम्म आवेदनको समीक्षा गरिने छैन।

प्रत्यक्ष वा टेलिफोन अन्तर्वार्ताको लागि कृपया माथिको नंबरमा फोन गरेर मेट्रो हेल्थ ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई सम्पर्क राख्नुहोस्।

**विरामी संरक्षण तथा सर्वसुलभ स्वास्थ्य सेवा ऐन बमोजिम जनवरी 1, 2014 देखि सबै व्यक्तिको स्वास्थ्य बीमा गरिएको हुनुपर्छ। हाम्रा मेट्रो प्रतिनिधिहरूले [www.marketplace.gov](http://www.marketplace.gov) मा रहेको संघीय बीमा एक्सचेन्ज मार्फत तपाईंले कसरी आवेदन गर्न स्वास्थ्य बीमाको लागि आवेदन गर्न सक्नुहुन्छ भन्ने बारेमा जानकारी प्रदान गर्नेछन् र सदस्यता (इन्रोलमेन्ट) प्रक्रियामा सहयोग गर्नेछन्।**



**वित्तीय सहायताको लागि आवेदन**

कृपया ठूला अक्षरमा लेख्नुहोस् - सोधिएका सबै विवरण उपलब्ध गराउन नभुल्नुहोस्

बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_ बिरामीको जन्ममिति: \_\_\_\_\_

बिरामीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर: \_\_\_\_\_

जीवनसाथीको नाम: \_\_\_\_\_ बिरामीको जन्ममिति: \_\_\_\_\_

बिरामीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर: \_\_\_\_\_

टेलिफोन: \_\_\_\_\_ बिरामीको खाता नम्बर: \_\_\_\_\_

स्ट्रिट ठेगाना: \_\_\_\_\_ अपार्टमेन्ट \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ प्रान्त: \_\_\_\_\_ जिप कोड: \_\_\_\_\_

परिवारका सदस्यहरू (कानुनी कर आश्रितहरू) विवाहित \_\_\_\_\_ एकल \_\_\_\_\_ सम्बन्ध विच्छेद \_\_\_\_\_ विधुवा(विधुर) \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ नाता: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा # \_\_\_\_\_ उमेर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ नाता: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा # \_\_\_\_\_ उमेर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ नाता: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा # \_\_\_\_\_ उमेर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ नाता: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा # \_\_\_\_\_ उमेर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ नाता: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा # \_\_\_\_\_ उमेर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_ नाता: \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा # \_\_\_\_\_ उमेर: \_\_\_\_\_

यदि कुनै आय छैन भने, तपाईंलाई कसले सहयोग गरिरहेको छ? \_\_\_\_\_

नाता: \_\_\_\_\_ फोन नम्बर: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

लागू हुने खर्चहरू:

चिकित्सकीय बीमा सुरक्षा \$

मेडिकल बिल/खर्चहरू: \$

वित्तीय सहायता आवेदन फाराम (निरन्तर)

परिवारका कुनै सदस्यले रोजगारी वा स्व-रोजगारीबाट कुनै आय आर्जन गर्छन्? यदि स्व-रोजगार हुनुहुन्छ भने नाफा/नोक्सान विवरण वा गत वर्षको कर दाखिलाको एक प्रति उपलब्ध गराउनुहोस् । [ ] हो [ ] होइन यदि हो भने, निम्न फाराम भर्नुहोस्:	कटौती अगाडि कुल मासिक आम्दानी
काम गरिरहेको व्यक्ति	\$
काम गरिरहेको व्यक्ति	\$

तपाईंको अन्य आय परिवारका सबै सदस्यहरूको आय समावेश गर्नुहोस् । हरेक प्रश्नको उत्तर दिनुपर्छ ।			
आयको प्रकार	चिन्ह लगाउनुहोस् हो/होइन	मासिक रकम	कसको आय
सामाजिक सुरक्षा भत्ता (RSDI)	[ ] हो [ ] होइन	\$	
अतिरिक्त सुरक्षा आय (SSI)	[ ] हो [ ] होइन	\$	
सेवानिवृत्ति या पेंशन पट्टा	[ ] हो [ ] होइन	\$	
पूर्व सैनिक भत्ताहरू	[ ] हो [ ] होइन	\$	
अपाङ्गता भत्ताहरू	[ ] हो [ ] होइन	\$	
भाडाको आम्दानी	[ ] हो [ ] होइन	\$	
रोजगारी भत्ता	[ ] हो [ ] होइन	\$	
बाल सहायता वा संभरण	[ ] हो [ ] होइन	\$	
बेरोजगारी भत्ता	[ ] हो [ ] होइन	\$	
सैनिक भत्ता (विनियोजन)	[ ] हो [ ] होइन	\$	
क्यासिनो मुनाफा सेयरिड/वितरण	[ ] हो [ ] होइन	\$	
अन्य	[ ] हो [ ] होइन	\$	

तपाईंसँग भएको सम्पत्ति: परिवारका सबै सदस्यहरूको सम्पत्ति समावेश गर्नुहोस् । हरेक प्रश्नको उत्तर दिनुपर्छ । सबै सहायक कागजातहरू संलग्न गर्नुहोस् ।

सम्पत्तिको प्रकार	हो/होइन मा चिन्ह लगाउनुहोस्	सम्पत्तिको मूल्य
हातमा, सुरक्षित डिपोजिट बाकस वा बिरामी कोषमा रहेको नगद,	[ ] हो [ ] होइन	\$
बचत, चालु, वा क्रेडिट युनियन खाताहरू	[ ] हो [ ] होइन	\$
घर, जीवन जग्गा, जीवन भाडा	[ ] हो [ ] होइन	\$
घर जग्गा (तपाईंको आफ्नो घर बाहेक)	[ ] हो [ ] होइन	\$
घर भाडा, जग्गा करार वा परिवारका सदस्यले पाउनुपर्ने रकमहरू	[ ] हो [ ] होइन	\$
बचत ऋणपत्र वा मुद्रा बजार कोषहरू	[ ] हो [ ] होइन	\$
शेयर वा सामुहिक लगानी कोष	[ ] हो [ ] होइन	\$
**IRA, KEOGH, 401K, 403b or स्थगन क्षतिपूर्ति रकमहरू	[ ] हो [ ] होइन	\$
**IRA/401K/403b प्रारम्भिक निकासी जानकारीको लागि जरिवाना		
IRA, 401K, 403b, KEOGH, वा स्थगन क्षतिपूर्ति खाताहरूमा लगानी गर्न/सहभागी हुन सुरु गरेको मिति	मिति:	
जीवन बीमा (पूर्ण जीवन)		\$
वार्षिकी	[ ] हो [ ] होइन	\$
कार, ट्रक, डुङ्गा, मोटरसाइकल, अरू गाडीहरू (हरेकलाई छुट्टाछुट्टै सूचीकृत गर्नुहोस्) कृपया हरेकको उत्पादक, मोडेल, वर्ष, र माइलेज उल्लेख गर्नुहोस् ।	[ ] हो [ ] होइन [ ] हो [ ] होइन [ ] हो [ ] होइन [ ] हो [ ] होइन	\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
मुद्दती सरिद(C.D.) वा बचत रसिद	[ ] हो [ ] होइन	\$
गुठी कोष	[ ] हो [ ] होइन	\$
तपाईंले यो वर्ष कुल समायोजित आयको 7.5% भन्दा बढी मेडिकल खर्च तिर्नुभएको छ?	[ ] हो [ ] होइन	
चिहान	[ ] हो [ ] होइन	

प्रमाणीकरण

म स्पष्ट पार्न चाहन्छु कि मैले यस आवेदनमा प्रदान गरेका जानकारीहरू र आवश्यक कागजातहरू मलाई थाहा भएसम्म सत्य र सही छन्। मैले स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गरे वापत शुल्क तिर्नको लागि म योग्य हुन सक्ने कुनै पनि संघीय, प्रान्तीय वा स्थानीय अनुदानको लागि आवेदन गर्नेछु। उपलब्ध गराइएका विवरण मेट्रो हेल्थ अस्पतालले प्रमाणीकरण गर्न सक्छ भन्ने मैले बुझेको छु र म मैले प्रदान गरेका विवरणको शुद्धता प्रमाणित गर्नको लागि तेस्रो पक्षलाई सम्पर्क गर्न मेट्रो हेल्थ अस्पताललाई अधिकार प्रदान गर्दछु। यदि मैले यस आवेदनमा गलत वा अपूर्ण विवरण दिएँ भने म वित्तीय सहायताको लागि अयोग्य हुन सक्छु, मलाई दिइएको कुनै पनि वित्तीय सहायता फिर्ता हुन सक्छ र मैले आफ्नो मेडिकल बिल आफैँ तिर्नुपर्ने छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु।

आवेदकको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ निवेदन मिति \_\_\_\_\_

तपाईंले पूरा गर्नुभएको आवेदन फाराम र सहायक कागजातहरू निम्न अनुसार पेश गर्न सक्नुहुन्छ:

- तलका व्यक्तिलाई आफैँले दिने:
  - मेट्रो हेल्थ प्रतिनिधि
  - वित्तीय परामर्शदाता वा मेट्रो हेल्थ अस्पताल प्रवेशकक्षका क्याशियर वा कुनै पनि बिरामी दर्ता/चेक इन डेस्क
- सामग्रीहरू मेट्रो हेल्थ अस्पतालको निम्न ठेगानामा हुलाकबाट पठाउने: Customer Service, PO Box 913 Wyoming, MI 49509-0913
- सामग्रीहरू [CustomerService@metrogr.org](mailto:CustomerService@metrogr.org) मा इमेल गर्ने

**सहयोग कथन**

यदि तपाईंले \$0 आय उल्लेख गर्नुभयो भने कृपया तपाईं र/वा तपाईंको परिवारलाई सहयोग प्रदान गरिरहेका कुनै पनि व्यक्ति (हरू) लाई सहयोग कथन भर्न लगाउनुहोस्। अरू सबै अवस्थामा यो खण्डलाई छाडिदिनुहोस्।

**सहयोग कथन**

(आवेदकलाई सहयोग उपलब्ध गराइरहेका व्यक्तिले भर्नुपर्ने)

पूरा नाम ठूलो अक्षरमा लेख्नुहोस्: \_\_\_\_\_ फोन # (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

मार्ग

शहर

प्रान्त

जिप कोड

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: \_\_\_\_\_ जन्म मिति: \_\_\_\_\_

मलाई आवेदकले वित्तीय सहयोग प्रदान गरिरहेको व्यक्तिको रूपमा पहिचान गरेका छन्। मैले आवेदकलाई उपलब्ध गराउने सेवा वा सहयोगको सूची तल दिइएको छु।

---

---

---

---

---

---

---

---

म प्रमाणित गर्दछु कि जहाँसम्म मलाई थाहा छ माथिका जानकारीहरू सत्य र सही छन्। मैले हस्ताक्षर गर्दैमा म विरामीको मेडिकल शुल्क तिर्नको लागि जिम्मेवार हुने छैन भन्ने मैले बुझेको छु।

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

\*\*\* कृपया आवासको प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्, जस्तो अस्पताल सेवा प्राप्त गरेको मितिदेखि 60 दिनभित्र जारी गरिएको, आफ्नो अहिलेको ठेगाना उल्लेख गरिएको युटिलिटी (बिजुली, पानी वा ग्याँस) को बिलको प्रतिलिपि