OHSU HEALTH

आर्थिक सहायताका लागि कसरी आवेदन दिने

तपाईंको आवेदन भर्नका लागि निर्देशनहरू

कानुन अनुसार, सबै अस्पतालहरूले निश्चित आवश्यकताहरू पूरा गर्ने व्यक्ति तथा परिवारहरूलाई आर्थिक सहायता प्रदान गर्नुपर्छ। तपाईंको परिवारको आकार र आम्दानीका आधारमा, तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा भए पनि, तपाईंले केही सेवाहरू निःशुल्क प्राप्त गर्न वा कम शुल्क तिर्न सक्नुहुन्छ। हाम्रो आर्थिक सहायता नीति हेर्नको लागि, कृपया **ohsu.edu/financial-assistance** मा जानुहोस्।

आर्थिक सहायता अन्तर्गत के-के समेटिन्छ

- सबै सेवाहरू योग्य हुँदैनन्। तपाईंले सेवा लिनुअघि उक्त सेवा समेटिएको छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्नुपर्नेछ। **हामीले समेट्ने नगर्ने** सेवाहरूको सूचीका लागि, कृपया **ohsu.edu/financial-assistance** मा रहेको हाम्रो आर्थिक सहायता नीति हेर्नुहोस्।
- यदि तपाईं आर्थिक सहायताका लागि स्वीकृत हुनुभयो भने पनि, तपाईंले सेवाहरू प्राप्त गर्नुहुनेछ भन्ने ग्यारेन्टी **हुँदैन**।
- यदि तपाईं Medicaid वा अन्य कार्यक्रमहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, हामी तपाईंलाई आवेदन दिन प्रोत्साहित गर्छौं। Medicaid वा अन्य कार्यक्रमहरूमा थप सुविधाहरू हुन सक्छन्।

आवेदन फारम पूरा गर्ने चरणहरू

❶ तपाईं र तपाईंको परिवारको बारेमा जानकारी भर्नुहोस्।
- तपाईंले आफ्नो सामाजिक सुरक्षा नम्बर उपलब्ध गराउनु **पर्दैन**।
- घरपरिवार भन्नाले एक जना व्यक्ति, विवाहित दम्पती वा दर्ता गरिएको घरेलु साझेदार (उनीहरू तपाईंको कर विवरणमा समावेश नभए पनि), साथै तपाईंले आफ्नो कर विवरणमा आश्रित व्यक्तिका रूपमा दाबी गर्नुभएका सबै व्यक्तिहरूलाई जनाउँछ। 18 वर्षभन्दा कम उमेरको बच्चा सामान्यतया आश्रित व्यक्ति हुन्छ। घरपरिवारका उदाहरणहरू:
  - सँगै बस्ने कानुनी रूपमा विवाहित दम्पती (वा घरेलु साझेदार), उनीहरूका 18 वर्षभन्दा कम उमेरका आश्रित बच्चाहरू, साथै दम्पतीले आफ्नो कर विवरणमा दाबी गरेका घरपरिवारभित्र वा बाहिर बस्ने अन्य कुनै पनि व्यक्तिहरू।
  - विवाहित नभएका दम्पतीका एक वा बढी साझा बच्चा भएमा, र ती बच्चा यदि बिरामी भएमा।
  - प्रायोजित गैर-नागरिकहरू, उनीहरूका प्रायोजक र प्रायोजकका परिवार।

❷ तपाईंको घरपरिवारको कुल आम्दानी (कर तथा अन्य कटौती गर्नुअघिको आम्दानी) सम्बन्धी जानकारी भर्नुहोस्।

❸ तपाईं Medicaid कार्यक्रमहरूको लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनेर निर्धारण गर्न हामीलाई मद्दत गर्नको लागि सम्पत्तिको घोषणा गर्नुहोस् र प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्।

❹ हामीले मागेका अन्य सबै जानकारीहरू संलग्न गर्नुहोस्।

❺ आर्थिक सहायता फारममा हस्ताक्षर गर्नुहोस् र मिति लेख्नुहोस्।

आवेदन भर्न मद्दत चाहिएमा, सोमबार-शुक्रबार, 9 a.m.-4:30 p.m. **503-494-8551** मा फोन गर्नुहोस्।

OHSU Health

फारमसँग समावेश गर्नुपर्ने कागजातहरू

कृपया तलका मध्ये तपाईंलाई लागू हुने सबै कागजातहरूको **सबैभन्दा भर्खरका प्रतिलिपिहरू** पठाउनुहोस्। हामी सक्कल कागजातहरू फिर्ता गर्न सक्षम हुने **छैनौं**।

- ☐ **बसोबासको प्रमाण।** तलका मध्ये कुनै एक उपलब्ध गराउनुहोस्: तपाईंको नाममा रहेको उपयोगिता बिल, भाडा सम्झौता, तपाईंको निवासको धितो कर्जा (मोर्टगेज) विवरण, सवारी चालक अनुमतिपत्र (ड्राइभिङ लाइसेन्स) वा परिचयपत्रको प्रतिलिपि। हामी बसोबासको अतिरिक्त प्रमाण माग्न सक्छौं। तपाईं संयुक्त राज्य अमेरिकाको बासिन्दा हुनुपर्छ र देश बाहिर सर्ने कुनै योजना नभएको हुनुपर्छ।
- ☐ पछिल्ला 3 वटा पूर्ण क्यालेन्डर महिनाका **तलब पर्चीहरू**। यदि तपाईंसँग तलब पर्चीहरू छैनन् भने, तपाईंले हामीलाई आफ्नो रोजगारदाताबाट पछिल्लो 3 पूरा क्यालेन्डर महिनाको तपाईंको कुल आम्दानी उल्लेख गरिएको पत्र दिन सक्नुहुन्छ। *आम्दानी तपाईंले कमाएको महिनाको आधारमा नभई, तपाईंले प्राप्त गरेको महिना (तलब भुक्तानी भएको मिति) को आधारमा गणना गरिन्छ।*
- ☐ सबैभन्दा हालै पेश गरिएको वर्षको **आयकर विवरण**, त्यसमा संलग्न सबै अनुसूचीहरू (जस्तै, स्व-रोजगारीबाट भएको आम्दानीका लागि अनुसूची C सहित)।
- ☐ **सामाजिक सुरक्षा, भेट्रान्स, पेन्सन अवार्ड लेटर** वा सो सरहको पत्र
- ☐ राज्य रोजगार विभागबाट **दाबी निर्धारण**
- ☐ **बाल सहायता** र/वा **पति वा पत्नीलाई दिइने भरणपोषण सम्बन्धी** विवरण
- ☐ **स्व-रोजगारी आम्दानी कार्यपत्र** वा **नाफा र नोक्सान** विवरण पछिल्लो 3 पूरा क्यालेन्डर महिनाको लागि
- ☐ तपाईंको आवेदनमा सूचीबद्ध गरिएको **कुनै पनि अन्य आम्दानी स्रोत**का लागि प्रमाणीकरण कागजातहरू, जसमा ब्याज वा लाभांशबाट प्राप्त आम्दानी, वा अन्य कुनै पनि नियमित रूपमा प्राप्त हुने आम्दानीका स्रोतहरू समावेश छन्।
- ☐ चेकिङ र सेभिङ खाताहरूका लागि **बैंक वा क्रेडिट युनियनका विवरणहरू**
- ☐ **नगद जम्मा, स्टक, बन्ड, वा लगानी खाताको विवरणहरू**

फारम बुझाउनुहोस्

- हामी तपाईंको पूरा भएको आवेदन र कागजातहरू प्राप्त गरेको **3 हप्ता**भित्र तपाईं आर्थिक सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भन्ने कुराको जानकारी दिनेछौं।
- हामीले तपाईंको आवेदनको समीक्षा गरिरहेको बेलामा पनि तपाईंले बिलहरू प्राप्त गरिरहनुहुनेछ।

हुलाकमार्फत:	**आफैं उपस्थित भएर बुझाउनको लागि:**
Oregon Health & Science University Patient Financial Services, RPB07 3181 SW Sam Jackson Park Road Portland, OR 97239-3098 **फ्याक्स:** 503-418-2377 **इमेल:** sfr@ohsu.edu	तपाईंको नजिकको स्थान पत्ता लगाउन कृपया 503-494-8551 मा फोन गर्नुहोस्।

OHSU Health

OHSU Health

आर्थिक सहायता आवेदन फारम

कृपया सबै जानकारी पूर्ण रूपमा भर्नुहोस्। यदि यो लागू हुँदैन भने, "NA" लेख्नुहोस्। आवश्यक परेमा थप पृष्ठहरू संलग्न गर्नुहोस्।

स्क्रिनिङ जानकारी

के तपाईंलाई दोभाषे चाहिन्छ? □ **हो** □ **होइन** *यदि हो भने, आफ्नो रुचाइएको भाषा उल्लेख गर्नुहोस्:*

के बिरामीले Medicaid का लागि आवेदन दिनुभएको छ? □ **हो** □ **होइन**

के बिरामीले TANF, Basic Food, वा WIC जस्ता राज्यका सार्वजनिक सेवाहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ? □ **हो** □ **होइन**

के बिरामी हाल घरबारविहीन हुनुहुन्छ? □ **हो** □ **होइन**

के बिरामीको चिकित्सा हेरचाह कार दुर्घटना वा कामको सिलसिलामा लागेको चोटसँग सम्बन्धित छ? □ **हो** □ **होइन**

बिरामीले कुन स्वास्थ्य संस्थाबाट आर्थिक सहायता खोजिरहनुभएको छ? □ **Hillsboro Medical Center** □ **OHSU**

कृपया ध्यान दिनुहोस्

- तपाईंले आवेदन दिए पनि, तपाईं आर्थिक सहायताका लागि योग्य हुनुहुनेछ भनी हामी ग्यारेन्टी दिन सक्दैनौं।
- तपाईंले आफ्नो आवेदन पठाएपछि, हामी सबै जानकारीहरू जाँच गर्न सक्छौं र थप जानकारी वा आम्दानीको प्रमाण माग्न सक्छौं।
- हामीले तपाईंको पूरा भएको आवेदन र कागजातहरू प्राप्त गरेको 21 क्यालेन्डर दिनभित्र, तपाईं सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनी हामी तपाईंलाई सूचित गर्नेछौं।

बिरामी र आवेदकको जानकारी

बिरामीको पहिलो नाम	बिरामीको बीचको नाम		बिरामीको अन्तिम नाम (थर)
□ पुरुष □ महिला □ अन्य (उल्लेख गर्न सक्नुहुन्छ ________)	जन्म मिति		बिरामीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर (वैकल्पिक)
बिल भुक्तानीका लागि जिम्मेवार व्यक्ति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	जन्म मिति	सामाजिक सुरक्षा नम्बर (वैकल्पिक)
पत्राचार गर्ने ठेगाना (फरक भएमा वास्तविक बसोबासको ठेगाना पनि समावेश गर्नुहोस्) ________________ ________________ शहर राज्य जिप कोड			मुख्य सम्पर्क नम्बर(हरू) ( ) ________ ( ) ________ इमेल ठेगाना: ________

बिल भुक्तानीका लागि जिम्मेवार व्यक्तिको रोजगारीको अवस्था

□ **रोजगारमा हुनुहुन्छ** (काम सुरु गरेको मिति: ____________) □ **बेरोजगार** (कति समयदेखि बेरोजगार: ____________)

□ **स्वरोजगार** □ **विद्यार्थी** □ **अपाङ्गता भएको** □ **सेवानिवृत्त** □ **अन्य** (____________)

परिवारको जानकारी

आफू सहित तपाईंले आर्थिक रूपमा जिम्मेवारी लिनुभएका घरपरिवार/परिवारका सदस्यहरूको सूची बनाउनुहोस्। घरपरिवारको परिभाषा र उदाहरणहरूका लागि कृपया निर्देशनहरू हेर्नुहोस्।

परिवारको आकार ____________ *आवश्यक परेमा थप पृष्ठ संलग्न गर्नुहोस्*

नाम	जन्म मिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	रोजगारदाता(हरू) को नाम वा आम्दानीको स्रोत	कुल मासिक आम्दानी (कर कटौती गर्नुअघिको)	आर्थिक सहायताका लागि पनि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ?
					हो / होइन
					हो / होइन
					हो / होइन
					हो / होइन

सबै वयस्क परिवारका सदस्यहरूको आर्जित र अनार्जित आम्दानी खुलाउनुपर्छ। कृपया घरपरिवारमा 18 वर्षभन्दा कम उमेरका जो कोहीको पनि अनार्जित आम्दानीको विवरण उपलब्ध गराउनुहोस्। आम्दानीका स्रोतहरूमा, उदाहरणका लागि, निम्न समावेश छन्:

- ज्याला - बेरोजगारी भत्ता - स्वरोजगार - कामदारको क्षतिपूर्ति - अपाङ्गता भत्ता - SSI - बाल सहायता/पति वा पत्नीको भरणपोषण भत्ता कार्य-अध्ययन कार्यक्रमहरू (विद्यार्थीहरू) - पेन्सन - अवकाश खाताबाट प्राप्त रकम - अन्य (*कृपया व्याख्या गर्नुहोस्)* __

OHSU Health

आम्दानीको जानकारी

याद राख्नुहोस्: *तपाईंले आफ्नो आवेदनसँगै आम्दानीको प्रमाण समावेश गर्नुपर्छ।*

तपाईंले आफ्नो परिवारको आम्दानीको बारेमा जानकारी उपलब्ध गराउनुपर्छ। आर्थिक सहायता निर्धारण गर्न आम्दानी प्रमाणीकरण आवश्यक हुन्छ।
परिवारका सबै सदस्यहरूले आफ्नो आम्दानी खुलाउनुपर्छ। कृपया पहिचान गरिएको आम्दानीको प्रत्येक स्रोतको लागि प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्। आम्दानी सम्बन्धी आवश्यकताहरूको पूर्ण सूचीका लागि कृपया कभर पृष्ठ हेर्नुहोस्। आम्दानीको प्रमाणका उदाहरणहरूमा निम्न समावेश छन्:

- हालको तलब पर्चीहरू (3 महिना); र
- गत वर्षको आयकर विवरण, लागू हुने भएमा सम्बन्धित अनुसूचीहरू सहित; र
- रोजगारदाता वा अन्य व्यक्तिहरूबाट प्राप्त लिखित तथा हस्ताक्षरित विवरणहरू; र
- Madicaid र/वा राज्यद्वारा वित्त पोषित चिकित्सा सहायताका लागि योग्यताको स्वीकृति/अस्वीकृति सम्बन्धी कागजात; र
- बेरोजगारी क्षतिपूर्तिका लागि योग्यताको स्वीकृति/अस्वीकृति सम्बन्धी कागजात
- वित्तीय संस्थाहरूबाट प्राप्त विवरणहरू

यदि तपाईंको कुनै आम्दानी छैन भने, कृपया सो अवस्थाको स्पष्टीकरण दिनुहोस् र त्यसको विवरण सहित थप एउटा पृष्ठ संलग्न गर्नुहोस्।

खर्चको जानकारी

वैकल्पिक। तपाईंको आर्थिक अवस्थाको अझ विस्तृत जानकारी प्राप्त गर्न केही परिस्थितिहरूमा यसको प्रयोग गर्न सकिन्छ।

मासिक घरपरिवार खर्च:

घर भाडा/धितो $____________________ चिकित्सा खर्च $________________
बीमा प्रिमियम $____________________ उपयोगिता सेवाहरूको खर्च$________________
अन्य ऋण/खर्चहरू $____________________ (*बाल सहायता, ऋण, औषधिहरू, अन्य*)

सम्पत्तिको जानकारी

यो जानकारी निश्चित Medicaid कार्यक्रमहरूको लागि योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिनेछ।
यो आर्थिक सहायता निर्धारणको लागि प्रयोग गरिँदैन

हालको चेकिङ खाताको ब्यालेन्स
$__________________________
हालको सेभिङ खाताको ब्यालेन्स
$__________________________

के तपाईंको परिवारसँग यी अन्य सम्पत्तिहरू छन्?
कृपया लागू हुने सबैमा चिन्ह (✓) लगाउनुहोस्
☐ स्टकहरू ☐ बन्डहरू ☐ स्वास्थ्य बचत खाता(हरू) ☐ ट्रस्ट(हरू)
☐ सम्पत्ति (मुख्य बसोबासको घर बाहेक) ☐ व्यवसायको स्वामित्व छ

अतिरिक्त जानकारी

यदि तपाईंको हालको आर्थिक अवस्थाको बारेमा हामीलाई जानकारी गराउन चाहनुभएको अन्य कुनै विवरण छ भने, कृपया थप एउटा पृष्ठ संलग्न गर्नुहोस्। उदाहरणका लागि, आर्थिक कठिनाइ, अत्यधिक चिकित्सा खर्च, मौसमी वा अस्थायी आम्दानी, वा व्यक्तिगत नोक्सानी, जस्ता परिस्थितिहरू उल्लेख गर्न सक्नुहुन्छ।

बिरामीको सहमति

म बुझ्दछु कि आर्थिक सहायता वा भुक्तानी योजनाका लागि मेरो योग्यता निर्धारण गर्न सहयोग गर्न OHSU Health ले क्रेडिट सम्बन्धी जानकारीको समीक्षा गरी तथा अन्य स्रोतहरूबाट जानकारी प्राप्त गरी विवरणहरू प्रमाणित गर्न सक्छ।

म प्रमाणित गर्दछु कि मेरो जानकारी अनुसार माथिको जानकारी सत्य र सही छ। मैले बुझेको छु कि यदि मैले उपलब्ध गराएको आर्थिक विवरण असत्य भएमा, यसले आर्थिक सहायता अस्वीकृत गर्न सक्छ, र उपलब्ध गराइएका सेवाहरूको भुक्तानीको लागि म पूर्ण रूपमा जिम्मेवार हुनेछु र उक्त रकम मैले नै भुक्तानी गर्नुपर्नेछ।

______________________________________ ______________________
आवेदन दिने व्यक्तिको हस्ताक्षर मिति