

आर्थिक सहायताका लागि आवेदन

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Avita Physicians

आवेदकको नाम _____
थर _____ नाम _____ बीचको नाम _____

* सेवा लिएको मिति(हरू) _____

सडक ठेगाना _____

सहर _____ राज्य _____ जिल्ला _____ फोन _____

खाता नम्बर(हरू) _____

- के बिरामी(हरू) अमेरिकी नागरिक हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
- के बिरामी(हरू) सेवा लिँदा ओहायो निवासी हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
- के बिरामी(हरू) सेवा लिँदा सक्रिय Medicaid प्राप्तकर्ता हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
यदि हो भने, Medicaid प्राप्तकर्ताको परिचय पत्र नम्बर(हरू) उल्लेख गर्नुहोस्: _____
- के बिरामी(हरू) ले सेवा लिँदा स्वास्थ्य बीमा (Medicaid बाहेक) गराउनुभएको थियो? ☐ हो ☐ होइन
यदि गराउनुभएको थियो भने बीमाको नाम उल्लेख गर्नुहोस्: _____

आवेदक र उहाँको घरमा बस्ने सबै सदस्यको आवश्यक सबै जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्।

पूरा नाम	जन्म मिति	आवेदकसँगको सम्बन्ध	कुल आय		
			आम्दानीको स्रोत (जस्तै रोजगारी, SSI, बाल सहायता, निर्वाह भत्ता)	सेवा लिएको सबैभन्दा पुरानो मितिभन्दा 3 महिना अगाडिको	सेवा लिएको सबैभन्दा पुरानो मिति भन्दा 12 महिना अगाडिको

यदि तपाईंले आम्दानीका रूपमा \$0 वा न्यूनतम आम्दानी उल्लेख गर्नुभयो भने तपाईंले जीवनयापनका आधारभूत आवश्यकताहरू कसरी पूरा गरिरहनुभएको छ भन्ने बारेमा तल संक्षिप्त रूपमा व्याख्या गर्नुहोस्। व्याख्या गर्दा आश्रय, खाना, यातायात, बत्ति-पानी-बिजुलीलगायतका सेवा, लुगाफाटा कसले प्रदान गर्दछ र तपाईंलाई उक्त व्यक्ति(हरू) र/वा एजेन्सी(हरू) ले कति समयदेखि सहयोग गरिरहेका छन् भन्ने कुरा समावेश गर्नुहोस्।

आय (परिवारका सबै सदस्यहरूको)

लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्**

- ☐ हालको तलब स्टब र अधिल्लो वर्षको W2s का
- ☐ प्रतिलिपिहरू सामाजिक सुरक्षा / पेन्सन / अपाङ्गता लाभ
- ☐ पत्र बेरोजगारी भत्ता
- ☐ स्वरोजगारबाट हुने आय
- ☐ बाल सहायता वा निर्वाह भत्ता
- ☐ अन्य: _____

तरल सम्पत्ति (परिवारका सबै सदस्यहरूको)

लागू हुने सबैमा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्**

- ☐ नगद
- ☐ जाँच / बचत खाता(हरू) विवरण
- ☐ अन्य: _____

**** यदि तपाईंले कुनै कुरामा ठीक चिन्ह लगाउनुभयो भने तपाईंले सो कुरा पुष्टि गर्ने सहायक कागजातहरू अपलोड/प्रदान गर्नु पर्ने छ**

यो फारम सहायक कागजातहरूसहित यहाँ फिर्ता पठाउनुहोस्:

Avita Health System
Attn: Patient Services
269 Portland Way S
Galion, OH 44833
फ्याक्स: 419-462-4582

सहायता चाहिएमा कल गर्नुहोस्: 419-468-0512

मैले कुनै पनि विषयमा जानाजान गलत जानकारी पेस गरेको वा कुनै तथ्य लुकाएको पाइएमा म जालसाजीको सम्भावित अभियोजनको भागीदार हुने छु भन्ने कुरा बुझ्छु। यस आवेदनमा हस्ताक्षर गरेर म मेरो योग्यता निर्धारण गर्न आवश्यक पर्ने सबै जानकारी जस्तै ठेगानाको प्रमाणीकरण, राष्ट्रिय क्रेडिट ब्यूरोमार्फत क्रेडिट जाँच, काउन्टी कर निर्धारणकर्तामार्फत सम्पत्ति जाँच र सूचीबद्ध सबै सुविधाहरूको प्रमाणीकरणलगायतका अन्य सबै जानकारी उपलब्ध गराउन अनुमति दिन्छु।

हस्ताक्षर _____ मिति _____