

## अस्पताल वित्तीय सहायता कार्यक्रम

आफना मेडिकल आवश्यकताहरूका लागि Saint Agnes अस्पताल छनौट गर्नुभएकोमा धन्यवाद।

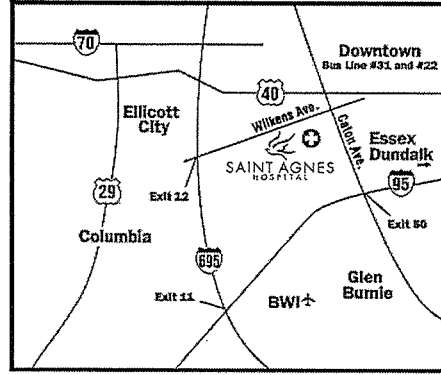
तपाईंले हाम्रो अस्पताल वित्तीय सहायता कार्यक्रमका लागि आवेदन दिने इच्छा व्यक्त गर्नुभएको छ। हामीले आवेदन समीक्षा वा मूल्याङ्कन गर्नका लागि, हाम्रो कार्यालयमा आवश्यक कागजातहरू उपलब्ध गराउनुपर्ने छ:

- भरिएको आवेदन
- अघिल्ला वर्षको संघीय आयकर विवरण
- हालको आयको प्रमाण वा यदि बेरोजगार भएमा, रोजगार पारिश्रमिकको प्रमाण वा सहायता पत्र
- कुनै पनि छानबिनको प्रमाण
- चालु र/वा बचत खाता पुस्तकहरूको प्रतिलिपि
- भुक्तानी नगरिएका कुनै पनि मेडिकल बिलका प्रतिलिपिहरू

मूल्याङ्कन प्रक्रिया पूरा भएपछि, तपाईंले तिर्नुपर्ने रकमहरूमा कुनै भएमा लागू हुने छुटको प्रतिशत तपाईंलाई सूचित गरिने छ।

15 दिनभित्र अनुरोध गरिएको आवश्यक विवरण प्राप्त गरेनौं भने, हामी हाम्रो नियमित सङ्कलन अभ्यासहरू पालना गर्ने छौं। तपाईंसँग कुनै प्रश्न वा चिन्ता छ भने, कृपया बिरामी खाता प्रतिनिधिलाई यस नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस्:  
667-234-2175।

## आफना मेडिकल आवश्यकताहरूका लागि Saint Agnes अस्पताल छनौट गर्नुभएकोमा धन्यवाद।



St. Agnes | Ascension

PO Box 412315  
Boston, MA 02241  
667-234-2175

TTY: 667-234-2001  
[www.TeamSaintAgnes.com](http://www.TeamSaintAgnes.com)

SAINT AGNES | Ascension

## बिरामी वित्तीय सेवाहरू

मेरील्याण्ड राज्य मानक वित्तीय  
सहायता आवेदन

मेरील्याण्ड राज्य मानक वित्तीय  
सहायता आवेदन

तपाईंको बारेमा विवरण

नाम: \_\_\_\_\_

नाम	बिडको नाम	थर
-----	-----------	----

सामाजिक सुरक्षा नम्बर: \_\_\_\_\_

जन्म मिति: \_\_\_\_\_

वैवाहिक स्थिति:	एकल	विवाहित	छुट्टिएको
-----------------	-----	---------	-----------

अमेरिकी नागरिक:	हो	होइन
-----------------	----	------

स्थायी बासिन्दा:	हो	होइन
------------------	----	------

घरको ठेगाना: \_\_\_\_\_

सहर	राज्य	जिप कोड
-----	-------	---------

देश	फोन
-----	-----

रोजगारदाताको नाम: \_\_\_\_\_

कार्यस्थलको ठेगाना: \_\_\_\_\_

सहर	सहर	जिप कोड
-----	-----	---------

परिवारका सदस्यहरू:

नाम	उमेर	नातासम्बन्ध
-----	------	-------------

नाम	उमेर	नातासम्बन्ध
-----	------	-------------

नाम	उमेर	नातासम्बन्ध
-----	------	-------------

नाम	उमेर	नातासम्बन्ध
-----	------	-------------

नाम	उमेर	नातासम्बन्ध
-----	------	-------------

नाम	उमेर	नातासम्बन्ध
-----	------	-------------

नाम	उमेर	नातासम्बन्ध
-----	------	-------------

नाम	उमेर	नातासम्बन्ध
-----	------	-------------

नाम	उमेर	नातासम्बन्ध
-----	------	-------------

तपाईंले मेडिकल सहायताका लागि आवेदन दिनुभएको छ?

हो होइन

आवेदन दिनुभएको छ भने, तपाईंले कुन मितिमा आवेदन दिनुभयो?

आवेदन दिनुभएको छ भने, के निर्धारण भएको थियो? \_\_\_\_\_

तपाईंले कुनै पनि प्रकारको प्रान्तीय वा राष्ट्रिय सहायता प्राप्त गर्नुहुन्छ?

हो होइन

I. पारिवारिक आय

रोजगारी \_\_\_\_\_ मासिक रकम

अवकाश/पेन्सन लाभहरू \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षासम्बन्धी लाभहरू \_\_\_\_\_

सार्वजनिक सहायतासम्बन्धी लाभहरू \_\_\_\_\_

अपाङ्गतासम्बन्धी लाभहरू \_\_\_\_\_

बेरोजगारी लाभहरू \_\_\_\_\_

भूपू सैनिक लाभहरू \_\_\_\_\_

भरण-पोषण \_\_\_\_\_

भाडावाल सम्पत्तिबाट प्राप्त आय \_\_\_\_\_

हडतालसम्बन्धी लाभहरू \_\_\_\_\_

सैन्य विनियोजन \_\_\_\_\_

कृषि वा स्वरोजगार \_\_\_\_\_

आयका अन्य स्रोतहरू \_\_\_\_\_

कुल \_\_\_\_\_

II. तरल सम्पत्तिहरू

चालु खाता \_\_\_\_\_

बचत खाता \_\_\_\_\_

स्टक, बन्ड, CD वा मुद्रा बजार \_\_\_\_\_

अन्य खाताहरू \_\_\_\_\_

कुल \_\_\_\_\_

III. अन्य सम्पत्तिहरू

तपाईंसँग निम्नमध्ये कुनै पनि वस्तु छन् भने, कृपया तिनको प्रकार

र अनुमानित मूल्य सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

घर: कर्जा मौज्दात: \_\_\_\_\_ मूल्य: \_\_\_\_\_

अटो: मेक: \_\_\_\_\_ वर्ष: \_\_\_\_\_ मूल्य: \_\_\_\_\_

अटो: मेक: \_\_\_\_\_ वर्ष: \_\_\_\_\_ मूल्य: \_\_\_\_\_

III. अन्य सम्पत्तिहरू निरन्तर.

अटो: मेक: \_\_\_\_\_ वर्ष: \_\_\_\_\_ मूल्य: \_\_\_\_\_

अन्य सम्पत्ति: \_\_\_\_\_

कुल \_\_\_\_\_

IV. मासिक खर्च

मासिक रकम

भाडा वा धितो \_\_\_\_\_

बिजुली, पानी आदि \_\_\_\_\_

कारको भुक्तानी(हरू) \_\_\_\_\_

क्रेडिट कार्ड(हरू) \_\_\_\_\_

कार बिमा \_\_\_\_\_

स्वास्थ्य बिमा \_\_\_\_\_

अन्य मेडिकल खर्चहरू \_\_\_\_\_

अन्य खर्चहरू \_\_\_\_\_

कुल \_\_\_\_\_

तपाईंले तिर्न बाँकी अन्य कुनै मेडिकल बिलहरू छन् कि?

हो होइन यदि छ भने, रकम \_\_\_\_\_

कुन सेवाका लागि? \_\_\_\_\_

तपाईंले भुक्तानी योजना बनाउनुभएको छ भने, मासिक भुक्तानी कति छ? \_\_\_\_\_

तपाईंले अस्पताललाई थप आर्थिक सहायता प्रदान गर्न अनुरोध

गर्नुभएमा, अस्पतालले पूरक निर्णय गर्न थप विवरण अनुरोध गर्न

सक्ने छ। यस फाराममा हस्ताक्षर गरेर, तपाईंले प्रदान गर्नुभएको

विवरण सत्य हो भनी प्रमाणित गर्नुहुन्छ र प्रदान गरिएको

विवरणमा कुनै पनि परिवर्तन भएमा परिवर्तन भएको दश दिनभित्र

अस्पताललाई सूचित गर्न सहमत हुनुहुन्छ।

आवेदकको हस्ताक्षर

बिरामीसँगको नातासम्बन्ध

मिति