

7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
214-489-7252 कल वा इमेल tifsfa@tifs.org

मिति: _____ ग्यारेन्टरको नाम: _____

बिरामीको नाम: _____ सेवाको मिति: _____

अस्पताल खाता # _____ मेडिकल रेकर्ड # _____

आदरणीय बिरामी:

तपाईंले सङ्लग्नका साथ टेक्सास हेल्थ रिसोर्स/टेक्सास इन्स्टिच्युट फर सर्जरी आर्थिक सहायता आवेदन पाउनु हुने छ। यस आवेदनको समापनले हामीलाई तपाईंको अस्पतालका बिल(हरू) का लागि आर्थिक सहायताको विचारका लागि तपाईंको खाता प्रस्तुत गर्न सक्षम गरिने छ। यो तपाईंको अस्पतालको शुल्कका लागि मात्र हो।

हामी गोपनीयताका लागि तपाईंको चाहना बुझ्छौं। साथै, प्रमाणीकरणका उद्देश्यहरूबाहेक तपाईंको आवेदनमा समावेश जानकारी गोप्य जानकारीका रूपमा मानिने छ। यो केवल टेक्सास हेल्थ रिसोर्स/टेक्सास इन्स्टिच्युट फर सर्जरी स्टाफभित्र "जान्न आवश्यक छ" को आधारमा साझा गरिने छ।

कृपया आवेदनको प्रत्येक वस्तु पूरा गर्नुहोस्। तपाईंलाई कुनै पनि व्याख्या गर्नका लागि थप ठाउँ चाहिएमा कृपया आवेदनको पछाडिको भाग प्रयोग गर्नुहोस्।

कृपया तपाईंको हालको महिना र दुई अघिल्लो महिनाका प्रतिलिपिहरू भुक्तानी स्टबहरू र/वा परिवारका लागि आयको कुनै पनि अन्य प्रकारको प्रमाण प्रदान गर्नुहोस्। तपाईं चेक स्टबहरू प्राप्त गर्नु हुन्न भने कृपया तपाईंको मासिकका डिपोजिटहरू देखाउने तपाईंको बैंक स्टेटमेन्टका प्रतिलिपिहरू प्रदान गर्नुहोस्। स्वयम्-रोजगार भएमा कृपया तपाईंको हालै दायर गरिएको व्यक्तिगत आयकर रिटर्न र हालको लाभ र हानि विवरणको प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस्। अनुरोध गरिएको कागजात प्रदान गर्न असफल हुँदा आर्थिक सहायता विचारका लागि अस्वीकार हुन सक्छ।

तपाईं यो आवेदन रसिदमा पूरा गर्नुहोस् र यसलाई जतिसक्दो चाँडो फिर्ता गर्नुहोस् भन्ने बारेमा यो अत्यन्तै महत्त्वपूर्ण छ।

तपाईंलाई यो आवेदन पूरा गर्न कठिनाई छ वा त्यहाँ अस्पष्ट क्षेत्र छ भने कृपया सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाईंको सहकार्य प्रशंसनीय गरिन्छ।

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 कल वा इमेल tifsfa@tifs.org

आर्थिक सहायताका लागि आवेदन – पृष्ठ 1

बिरामीको नाम: अन्तिम पहिलो MI (बिचको)

सामाजिक सुरक्षा # _____ जन्म मिति: _____ अस्पताल खाता #: _____

विवाहित _____ एकल _____ सम्बन्ध विच्छेद भएको _____ विधुवा _____ छुट्टिएको _____

तपाईंका नाबालिग बालबालिका (18 वर्षमुनिका) छन्?	_____	हो	_____	होइन
उनीहरू तपाईंसँगै बस्छन्?	_____	हो	_____	होइन
उनीहरू तपाईंले जन्माएको/कानुनी रूपमा दत्तकग्रहण गरेको बालबालिका हुन्?	_____	हो	_____	होइन
बिरामीले काम गर्नुहुन्छ?	_____	हो	_____	होइन
जीवनसाथीले काम गर्नुहुन्छ?	_____	हो	_____	होइन
तपाईंको चिकित्सा बीमा छ?	_____	हो	_____	होइन
तपाईं असक्षमता हुनुहुन्छ? कति समय भयो? _____	_____	हो	_____	होइन
तपाईं भेटेरन हो?	_____	हो	_____	होइन

परिवारका सदस्यहरू - (घरमा बस्ने)

पति वा पत्नी: _____

बच्चा: _____	उमेर: _____
बच्चा: _____	उमेर: _____
बच्चा: _____	उमेर: _____
बच्चा: _____	उमेर: _____

आय (मासिक रकम):

	<u>ग्रस</u>	<u>नेट</u>	<u>खर्चहरू</u>	<u>मासिक रकम</u>
बिरामी	\$ _____	\$ _____	धितोबन्धक/भाडा	\$ _____
पति वा पत्नी	\$ _____	\$ _____	उपयोगितहरू	\$ _____
आश्रितहरू	\$ _____	\$ _____	कारका भुक्तानीहरू	\$ _____
सार्वजनिक सहायता	\$ _____	\$ _____	खाद्य / किराना सामानहरू	\$ _____
फुड स्ट्याम्पहरू	\$ _____	\$ _____	क्रेडिट कार्डहरू	\$ _____
सामाजिक सुरक्षा	\$ _____	\$ _____	अन्य (कृपया उल्लेख गर्नुहोस)	\$ _____
बेरोजगारी	\$ _____	\$ _____		\$ _____
हडतालका लाभहरू	\$ _____	\$ _____		
कार्यकर्ताको क्षतिपूर्ति	\$ _____	\$ _____	कुल	\$ _____
भत्ता	\$ _____	\$ _____		
बालको सहायता	\$ _____	\$ _____		
सैनिक अलोटमेन्टहरू	\$ _____	\$ _____		
पेन्सनहरू	\$ _____	\$ _____		
यसबाट प्राप्त आय: CD को				
भाडा, लाभांशहरू				
ब्याज	\$ _____	\$ _____		
कुल	\$ _____	\$ _____		

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 कल वा इमेल tifsfa@tifs.org

सम्पत्तिहरू

खाता जाँच गरिँदै छ	\$ _____
बचत खाता	\$ _____
CD को, IRA को	\$ _____
अन्य लगानीहरू (स्टक, बन्डहरू, आदि)	\$ _____
प्राथमिक निवासबाहेक अन्य सम्पत्ति/जमिन	\$ _____

आर्थिक सहायताका लागि आवेदन - पृष्ठ 2

रोजगारदाताको नाम _____	पति वा पत्नीको रोजगारदाता: _____
टेलिफोन # _____	टेलिफोन # _____
रोजगारदाताको ठेगाना _____	रोजगारदाताको ठेगाना _____
व्यवसाय _____	व्यवसाय _____

तपाईं हालको Medicaid का लाभहरूका लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ? _____ हो _____ होइन

तपाईंले आफ्नो काउन्टी अस्पताल/विपन्न कार्यक्रममाफत सहयोगका लागि आवेदन दिनुभएको छ? _____ हो _____ होइन

तपाईंको चिकित्सकले आफ्नो सेवाहरू दान गरिरहेको छ? _____ हो _____ होइन

तपाईंको दुर्घटना/चोटपटक/बिमारीका लागि कुनै पनि सम्भावित उत्तरदायी तैस्रो पक्षहरूजिम्मेवारी छन्? _____ हो _____ होइन

कसैले तपाईंलाई तपाईंको अस्पतालको बिल भुक्तानी गर्न सहयोग गरिरहेको छ? _____ हो _____ होइन

तपाईंलाई कसले सहयोग गरिरहेको छ? _____

तपाईंले कतिको सहयोग पाइरहनुभएको छ? _____

तपाईंको अस्पतालको बिल भुक्तानी गर्न सहयोगका लागि तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्नमा तपाईंलाई सहयोगी हुने कुनै पनि अन्य जानकारी सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

तपाईंको बिमारीको कारणले तपाईंको बिदाको समयमा तपाईंले अपेक्षित कमाई र/वा रकम प्राप्त गर्नु हुने छ (बिरामी बिदा, भुक्तानी गरिएको समय, छोटो/दीर्घकालीन असक्षमता आय)। \$ _____

तपाईंले काम गर्न र/वा ज्याला कमाउन असक्षम हुनु हुने छ भन्ने अपेक्षित समय: _____

टेक्सास हेल्थ रिसोर्स/टेक्सास इन्स्टिट्युट फर सर्जरीले यस आवेदनको अस्पतालको मूल्याङ्कनको सम्बन्धमा यस आवेदनमा समावेश आर्थिक जानकारी प्रमाणित गर्न सक्छ र यसैद्वारा प्रदान गरिएको जानकारी प्रमाणित गर्न र क्रेडिटबाट रिपोर्टहरू अनुरोध गर्न मेरो रोजगारदातालाई सम्पर्क गर्नका लागि रिपोर्टिङ एजेन्सीहरूलाई अस्पतालको अधिकार दिन्छ भन्ने कुरामा म बुझ्दछु। यो जानकारी आर्थिक सहायताका लागि मेरो योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिने छ र यस आवेदनमा जानकारीको झूटोपनले आर्थिक सहायता हेरचाह सहायता अस्वीकार गर्न सक्छ भन्ने कुरामा मलाई थाहा छ। कुनै पनि आर्थिक सहायता स्वीकृति तैस्रो-पक्ष वा अन्य स्रोतबाट पुनः प्राप्तिको घटनामा पूर्ण वा आंशिकका रूपमा उल्टाउन सकिन्छ भन्ने कुरा म पनि बुझ्दछु।

मैले प्राप्त गरेको कुनै पनि आर्थिक सहायता हेरचाहलाई अस्पतालले मैले भुक्तानी गर्न बाँकी रहेको कुनै पनि रकमको प्रतिपूर्तिका लागि अस्पतालको ग्रहणाधिकारबाट छुटका रूपमा व्याख्या गरिँदैन र यो अस्पतालमा भर्नासँग सम्बन्धित मैले प्राप्त गरेको कुनै पनि प्रतिपूर्ति टेक्सास स्वास्थ्य संसाधन/टेक्सास संस्थानमा शल्यक्रियाका लागि पठाइनुपर्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु।

_____ अनुरोध गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर बिरामी भएमा

_____ मिति

_____ अनुरोध गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर बिरामी सम्बन्ध

_____ छैन भने

_____ बिरामीको ठेगाना सहर राज्य जिप काउन्टी

_____ घरको टेलिफोन नम्बर