

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

मिति: _____ जमानीकर्ताको नाम: _____
बिरामीको नाम: _____ सेवाको मिति: _____
अस्पताल खाता # _____ मेडिकल रेकर्ड # _____

आदरणीय बिरामी:

यसमा Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery को आर्थिक सहायता आवेदन फाराम (Financial Assistance Application) संलग्न गरिएको छ। यो फारम भरेपछि तपाईंको अस्पतालको बिल (वा बिलहरू) मा आर्थिक सहायता उपलब्ध गराउन सकिन्छ कि भनेर हामीलाई प्रक्रिया अगाडि बढाउन सहज हुने छ। यो सहायता अस्पतालको शुल्कका लागि मात्र हो।

तपाईंको गोपनीयताप्रति हामी पूर्ण सजग छौं। त्यसैले, विवरण प्रमाणीकरण गर्ने प्रयोजनका लागि बाहेक तपाईंले आवेदनमा उपलब्ध गराउनुभएको जानकारी गोप्य राखिने छ। यो जानकारी आवश्यकताका आधारमा Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery का सम्बन्धित कर्मचारीहरूबीच मात्र आदानप्रदान गरिने छ।

कृपया आवेदनका प्रत्येक बुँदाहरू भर्नुहोला। कुनै विषय स्पष्ट पार्न थप ठाउँ आवश्यक परेमा आवेदन फारमको पछाडिको भाग प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ।

कृपया आफ्नो हालको महिना र अघिल्ला दुई महिनाको तलबको रसिद (pay stubs) र/वा परिवारको आम्दानी खुल्ने अन्य कुनै पनि प्रमाणको प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनुहोला। तपाईंले तलबको रसिद (check stubs) प्राप्त गर्नुहुन्न भने आफ्नो मासिक बचत देखिने बैंक स्टेटमेन्टको प्रतिलिपि बुझाउन सक्नुहुन्छ। स्वयम्-रोजगार भएमा कृपया तपाईंको हालै दायर गरिएको व्यक्तिगत आयकर रिटर्न र हालको लाभ र हानि विवरणको प्रतिलिपि प्रदान गर्नुहोस्। मागिएका कागजातहरू उपलब्ध नगराएमा आर्थिक सहायताका लागि दिइएको आवेदन अस्वीकृत हुन सक्छ।

यो आवेदन प्राप्त हुनासाथ भरेर सकेसम्म चाँडो फिर्ता पठाउनु अत्यन्तै महत्त्वपूर्ण छ।

यो आवेदन भर्न कठिनाई भएमा वा कुनै कुरा स्पष्ट नभएमा कृपया फोन गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको सहयोगका लागि धन्यवाद।

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 214-489-7252 फोन 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 कार्यक्रममार्फत सहयोगका लागि आवेदन दिनुभएको छ?	_____ हो	_____ होइन
तपाईंको चिकित्सकले आफ्नो सेवाहरू दान गरिरहेको छ?	_____ हो	_____ होइन
तपाईंको दुर्घटना/चोटपटक/बिमारीका लागि कुनै तेस्रो पक्ष जिम्मेवार छ?	_____ हो	_____ होइन
कसैले तपाईंलाई तपाईंको अस्पतालको बिल भुक्तानी गर्न सहयोग गरिरहेको छ?	_____ हो	_____ होइन
तपाईंलाई कसले सहयोग गरिरहेको छ?	_____	_____
तपाईंले कति सहयोग पाइरहनुभएको छ?	_____	_____

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

तपाईंको बिमारीका कारणले तपाईंको बिदाको समयमा तपाईंले अपेक्षित कमाई र/वा रकम प्राप्त गर्नु हुने छ (बिरामी बिदा, सवेतन बिदा, अल्पकालीन/दीर्घकालीन अपाङ्गता आम्दानी)। \$ _____

तपाईं काम गर्न वा पारिश्रमिक कमाउन असमर्थ हुने अपेक्षित अवधि _____

Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery ले यो आवेदनको मूल्याङ्कन गर्ने क्रममा यहाँ उल्लेखित वित्तीय जानकारीहरू प्रमाणीकरण गर्न सक्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु र म अस्पताललाई मेरा रोजगारदातासँग सम्पर्क गरी जानकारी पुष्टि गर्न र क्रेडिट रिपोर्टिङ एजेन्सीहरूबाट प्रतिवेदन माग गर्न अधिकार दिन्छु। यो जानकारी मेरो आर्थिक सहायताको योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिने छ र यस आवेदनमा गलत जानकारी दिएमा सहायता अस्वीकृत हुन सक्छ भन्ने कुरामा म सचेत छु। मैले कुनै तेस्रो पक्ष वा अन्य स्रोतबाट रकम शोधभर्ना पाएमा स्वीकृत भएको आर्थिक सहायता पूर्ण वा आंशिक रूपमा रद्द हुन सक्छ भन्ने कुरा पनि मैले बुझेको छु।



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

मैले प्राप्त गर्ने कुनै पनि आर्थिक सहायतालाई अस्पतालले आफ्नो पाउनु पर्ने रकम फिर्ता लिने अधिकार (hospital lien) त्यागेको रूपमा मानिने छैन। यस उपचारसँग सम्बन्धित मैले प्राप्त गर्ने कुनै पनि शोधभर्ना रकम Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery लाई पठाउनु पर्ने छ भन्ने कुरा पनि मैले बुझेको छु।

अनुरोध गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर (बिरामी हो भने)

मिति

अनुरोध गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर (बिरामी होइन भने)

नाता

बिरामीको ठेगाना सहर राज्य ZIP राष्ट्र

घरको फोन नम्बर