

अस्पताल स्याहार आश्वासन कार्यक्रम (HOSPITAL CARE ASSURANCE PROGRAM, HCAP) र वित्तीय सहायता आवेदन

जिम्मेवार व्यक्ति: _____
थर _____ नाम _____ बीचको नाम _____

बिरामीको नाम: _____
(प्रत्येक बिरामीका लागि एउटा आवेदन आवश्यक) थर _____ नाम _____ बीचको नाम _____

बिरामीको जन्ममिति: _____ अस्पताल सेवा लिएको मिति: _____
महिना _____ दिन _____ वर्ष _____ महिना _____ दिन _____ वर्ष

सेवाको मितिअनुसार बिरामीको ठेगाना: _____
सडक _____ अपार्टमेन्ट नं _____
सहर _____ राज्य _____ जिप कोड _____ काउन्टी _____

हालको ठेगाना: _____
सडक _____ अपार्टमेन्ट नं _____
सहर _____ राज्य _____ जिप कोड _____ काउन्टी _____

कृपया तलको पूरा गर्नुहोस्: बिरामी 18 वर्ष वा सोभन्दा बढी हुनुभएमा, बिरामीले यो आवेदन भर्नु पर्ने हुन्छ। कृपया तल घरका सम्पूर्ण सदस्यहरूको सूची दिनुहोस्। बिरामी, बिरामीका आमाबुवा (उहाँहरू घरमा बस्नुहुन्छ भने पनि) र बिरामीसँगै घरमा बस्ने 18 वर्षभन्दा कम उमेरका बालबालिका (प्राकृतिक वा दत्तक) समावेश गर्नुहोस्।

नाम	बिरामीसँगको नाता	जन्ममिति र बिरामीको उमेर (सेवाको समयमा)	सेवाको मितिभन्दा 3 महिना पहिले जन्मा कुल आम्दानी	सेवाको मितिभन्दा 12 महिना पहिले जन्मा कुल आम्दानी	आम्दानीको स्रोत रोजगारदाताको नाम (तपाईंको कलेजको विद्यार्थी हुनुहुन्छ भने व्याख्या गर्नुहोस्)
	स्वयं/बिरामी				

*यसो आवेदनको पछाडि परिवारका थप सदस्य थप मिल्छ।

1. तपाईंले जन्मा आम्दानी शून्य रिपोर्ट गर्नुभयो भने, तपाईं कसरी समर्थित हुनुहुन्छ?
2. अस्पताल सेवा लिएको बेला बिरामीको स्वास्थ्य बीमा वा Medicaid थियो? थियो थिएन

बीमा कम्पनी(हरू) र/वा Medicaid कार्यक्रमको नाम: _____
बीमा धारकको परिचयपत्र# (हरू) वा Medicaid परिचयपत्र नम्बर: _____

कागजातको प्रमाणीकरण उपलब्ध गराउन जरुरी छ:

- सेवाको मितिमा निवासीको प्रमाण = युटिलिटी बिल, फोन वा केबलको बिल, भाडाको रसिद, क्रेडिट कार्डको बिल, तपाईंको मतदाता दर्ता कार्ड वा तपाईंको सवारी साधन चालकको इजाजतपत्र वा राज्यको प्रमाणपत्र कार्डको प्रति।
 - रोजगारी = 3 वा 12 महिनाको आम्दानी वा नगदमा भुक्तानी गरेको भए हस्ताक्षर गरिएको स्व-प्रमाणीकरण।
 - स्व-रोजगार = 1040 (पृष्ठ 1) आम्दानीको तालिका C र स्व-प्रमाणीकरणको हस्ताक्षरसहित कर फिर्ता (ट्याक्स रिटर्न)।
 - लाभ पत्र = सामाजिक सुरक्षा, बेरोजगार, VA, पेन्सन र असक्षमता।
 - अन्य= भाडाबाट हुने आम्दानी, आदि जस्ता अन्य आम्दानी।
- मेरो निम्न हस्ताक्षरद्वारा, मैले यो आवेदन ध्यानपूर्वक पढेको साथै मैले उल्लेख गरेको सम्पूर्ण कुराहरू वा मैले संलग्न गरेको कुनै पनि कागजात मेरो ज्ञानले जानेसम्म सही र साँचो छ भनेर प्रमाणित गर्दछु। **आर्थिक सहायता प्राप्त गर्नका लागि जानीजानी गलत विवरण दिनु गैर-कानुनी कुरा हो भनेर मैले बुझेको छु।**

जिम्मेवार पक्षको हस्ताक्षर _____ पूरा भएको मिति _____