

अस्पताल हेरचाह आश्वासन कार्यक्रम (एचसीएपी) / परोपकार हेरचाह/ आर्थिक सहयोग आवेदन

रोगीको नाम (अन्तिम)	(पहिलो)	(मध्य)	खाता संख्या
ठेगाना			सेवाको मिति
शहर र राज्य			रोगीको जन्ममिति
जिप कोड	फोन नम्बर		रोगीको सामाजिक सुरक्षा संख्या

सेवाहरूका लागि स्वास्थ्य बीमा कभर थियो? थियो थिएन

सेवाको समयमा के तपाईं ओहायो निवासी हुनुहुन्थ्यो? थिएँ थिइन

तपाईंले अस्पताल सेवा लिएको समयमा के कुनै सक्रिय मेडिकेड प्राप्तकर्ता थियो? थियो थिएन
थियो भने, प्राप्तकर्ताको बिलिड प्रविष्ट गर्नुहोस् #: _____

के यी सेवाहरू कुनै बाह्य दुर्घटनाका कारण लिइएको हो? हो होइन

कृपया आफू लगायत तपाईंको निकट परिवारका सबै मानिसहरूको निम्न सूचना उपलब्ध गराउनुहोस्। एचसीएपीको उद्देश्यका लागि "परिवार" मा रोगी, रोगीको/रोगीकी श्रीमान/श्रीमति (उनीहरू रोगीको घरमा बस्नु कि नबस्नु), र रोगीसँग बसोबस गर्ने रोगीका सबै 18 वर्ष मुनिका (प्राकृतिक वा पालेका) नानीहरू सामेल हुन्छन्।

परिवारका सदस्यहरूको नाम	उमेर	रोगीसित सम्बन्ध	रोजगारदाता वा आयको स्रोतको नाम	पारिश्रमिक/सबै आय प्राप्त गर्न थालिएको मिति	3 महीनाको आय	12 महीनाको आय
(रोगी)		स्वयम्				
कुल:						

यो आवेदनका साथ आय सत्यापन संलग्न गर्नुहोस्। आय सत्यापनमा तलब पर्ची वा उचित समयावधि (सेवाभन्दा 3 वा 12 महीना अधिको वा वर्तमान आयको 3 वा 12 महीनाको आर्जन सामेल गर्नुहोस्) का दस्तावेजहरू सामेल हुनसक्छन्:

*तपाईंले \$0.00 आय देखाउनु भएको छ भने, तपाईंलाई कसले सहयोग दियो त्यसको ब्यौहरा दिनुहोस्।

*हाल जागिरमा हुनुहुन्न भने, कृपया यसअघि जागिर गरिएको मिति उपलब्ध गराउनुहोस्।

सम्पत्तिको मूल्य निर्धारण

घर: <input type="checkbox"/> आफ्नो <input type="checkbox"/> भाडाको	मासिक भुक्तानी: \$ _____		
खातामा शेष राशि:	\$ _____	बचत खातामा शेष राशि:	\$ _____
कुल लगानी:	\$ _____	लगानीको विवरण:	_____
अन्य सम्पत्तिको मूल्य निर्धारण:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
सम्पत्तिको विवरण (कार, बोट, आदि)	_____	_____	_____
अन्य आय:	\$ _____	अन्य आयको विवरण:	_____

महीनाको कुल खर्च (घर भाडाको भुक्तानी, कारको भुक्तानी, उपयोगिता, भोजन, आदि...): \$ _____

सम्पूर्ण भरिएको आवेदन पठाउनुहोस् निम्न ठेगानामा:

OhioHealth CBO Financial Assistance
P.O. Box 7527
Dublin, OH 43016
वा फ्याक्स नम्बर: 614-566-6080
वा ईमेल ठेगाना: customercenter@OhioHealth.com

विस्तृत विवरणको लागि, तपाईंले 614-566-1505 मा फोन गर्न वा एक ओहायोहेल्थ अस्पतालको सलाहकारलाई भेट्न सक्नुहुन्छ।

माथि दिइएको जानकारी सत्य हो र मेरो विवेकानुसार सही छ भन्ने म सत्यापित गर्दछु। यसको अतिरिक्त, मैले मेरो अस्पताल खर्चको भुक्तानीको लागि सहयोग प्राप्त गर्न आवश्यक (मेडिकेड, मेडिकेयर, बीमा, आदि) आवेदन गर्ने छु र कुनै व्यवहारिक कदम उठाउने छु। आर्थिक सहयोग एक अन्तिम विकल्प हो। सहयोग प्रदान गर्नेअघि पूर्वका कुनै अन्य देनदारी वा सम्भावित दाताको उपयोग गरिनेछ।

यो आवेदन (वा फाराम), हस्पताललाई वर्णित शर्तहरू बमोजिम म एचसीएपी वा आर्थिक सहयोग प्राप्त गर्ने योग्य छु कि छुइन भन्ने निर्धारण गर्न सकेगरि बनाइएको छ भन्ने बुझ्दछु। मैले दिएको कुनै पनि जानकारी असत्य साबित भएको खण्डमा, अस्पतालले मेरो आर्थिक स्थितिको पुनः जाँच गरेर कुनै पनि उचित कारवाइ गर्नसक्छ भन्ने म जान्दछु। म ओहायोहेल्थलाई, अन्य स्रोतहरू जस्तै क्रेडिट रिपोर्ट वा जग्गा सम्बन्धी दस्तावेज र/वा आवश्यक भएमा संकलन एजेन्सीको जानकारी लगायत मेरो आर्थिक सूचना हासिल गर्न अधिकृत गर्दछु।



आवेदकको हस्ताक्षर: _____
साक्षात्कर्ताको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____
मिति: _____