आर्थिक सहायताको आवेदन

ग्यारेन्टर आइडी/MRN: _____

बिरामीको नाम: _____ जन्ममिति: _____

घरको ठेगाना: _____

स्ट्रिट सिटी स्टेट जिप

टेलिफोन नम्बर: (H) _____ (C) _____ फोन गर्ने उत्तम समय के हो? _____

☐ **म स्थापित विश्वासले Medicaid मा सहभागी हुन वा आवेदन दिन निषेध गर्ने एनाब्याप्टिस्ट समूहको सदस्य हुँ भनी प्रमाणित गर्छु।**

तपाईंसँग साझेदारी योजना छ? ो छ ☐ छैन ☐

योजनाको नाम: _____ **भुक्तानीको %:** _____

डिकनको नाम: _____ **फोन नम्बर:** _____

सम्मेलन/चर्चको समूह: _____

ूघरपरिवारका सदस्यहरू - (हालसालैको वार्षिक कर रिटर्नमा सूचीबद्ध व्यक्तिहरूलाई मात्र समावेश गर्नुहोस्। घरपरिवारमा सात जनाभन्दा बढी सदस्यू ्हुनुहुन्छ भने, कृपया आवेदनको पृष्ठ 2 मा अतिरिक्त सदस्यू थप्नुहोस्।)

नाम:		सम्बन्ध	जन्ममिति
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____

माथि सूचीबद्ध सबै घरपरिवारका सदस्यबाट प्राप्त मासिक कुल आम्दानी:

ज्याला/तलब (करअघि): _____

सामाजिक सुरक्षा आय: _____

बेरोजगारी/कामदारको क्षतिपूर्ति: _____

भेटेरान प्रशासन (VA) का ूलाभ: _____

पेन्सन/वार्षिकी: _____

नगद सहायता: _____

बाल सहायता: _____ **ोजीवनसाथीको सहायता:** _____

अनर्जित आय (ट्रस्ट, ब्याज, भाडा, ाअसक्षमता): _____

घरपरिवार गणनायोग्य स्रोतहरू: कृपया तपाईंको घरपरिवारोका लागि उपलब्ध खाता र तरल सम्पत्ति सूचीबद्ध गर्नुहोस्। छिटो र सजिलै नगदमा रूपान्तरण गर्न सकिने तरल सम्पत्तिलाई नगद वा कुनै पनि प्रकारको सम्झौतायोग्य सम्पत्तिको रूपमा परिभाषित गरिन्छ। आफ्नो घर, घरायसी सामान, सवारी साधन, IRA, 401 (K) खाता र अन्य गैर-तरल सम्पत्ति समावेश नगर्नुहोस्।

जाँच ्दैगर्ने: _____

बचत: _____

स्वास्थ्य बचत ऐन (HSA)/ (HRA): _____

क्रिसमस/बिदा क्लब: _____

स्टक/बन्ड्स/म्युचुअल फन्ड्स/मुद्रा बजार: _____

निक्षेप प्रमाणपत्र: _____

अमेरिकी बचत बन्ड्ूस: _____

ट्रस्ट कोष: _____

मोबाइल एप्लिकेसन सेवाहरू (ोpaypal, cash app, venmo, apple pay आदि) _____

अन्य (कृपया व्याख्या गर्नुहोस्): _____

आय र स्रोतहरूको प्रमाणीकरण आवेदनसँगै हुनुपर्छ (लागू भएमा निम्न संलग्न गर्नुहोस्):

☐ हो ☐ होइन ोहालैको पूर्ण ंसङ्घीय कर रिटर्न। व्यक्तिगत र/वा व्यवसाय (नाफा र नोक्सान)।

☐ हो ☐ होइन घरपरिवारका प्रत्येक काम गर्ने आवेदकको पछिल्लो 30 दिनको हालको/लगातार तलब स्टबहरू।

☐ हो ☐ होइन सामाजिक सुरक्षा, अन्य ाअसक्षमता, पेन्सन, कामदार क्षतिपूर्ति वा बेरोजगारी क्षतिपूर्ति भुक्तानीको निक्षेप देखाउने पुरस्कार पत्रहरू।

☐ हो ☐ होइन बच्चा/निर्वाह भत्ता ्नेसहायक कागजातहरू

☐ हो ☐ होइन 3 घरपरिवारका सबै सदस्यका लागि हालको/लगातार विवरणू, चेकिङ/बचत/पpaypal/मोबाइल एप्लिकेसन सेवाहरूसहित, सबै पृष्ठू। स्वरोजगार हुनुहुन्छ भने 6 वटा हालको/लगातार बैङ्क स्टेटमेन्टू, सबै व्यक्तिगत र व्यवसाय।

☐ हो ☐ होइन बैङ्क खाताहरूमा $100 भन्दा बढीको सबै निक्षेपको लिखित स्पष्टीकरण (प्रत्यक्ष निक्षेप र सामाजिक सुरक्षाबाहेक)

☐हो ☐होइन गणनायोग्य स्रोतहरूको प्रमाणीकरण

☐हो ☐होइन घरपरिवारको कुनै आम्दानी छैन भने, दैनिक ्नेजीवन निर्वाहमा सहायता गर्ने व्यक्तिहरूबाट पत्रहरू जसमा व्यक्तिले ्नेउपलब्ध गराउने ोसहायताका बारेमा व्याख्या गरिएको हुन्छ।

☐हो ☐ होइन Medicare योग्य आवेदकहरोका लागि सबै मासिक खर्चको प्रमाणीकरण।

तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा योजना छ? हो ☐होइन ☐ **छैन भने, किन?** _____

तपाईंले चिकित्सा सहायतोका लागि आवेदन दिनुभएको छ? ोछ☐ छैन ☐ **ोछैन भने, कृपया सूचना संलग्न गर्नुहोस**

तपाईंले किफायती स्याहार ऐन (ACA) मार्फत किफायती स्याहार बीमाोका लागि आवेदन दिनुभएको छ? ोछ - छैन **ोछ भने, कृपया सूचना संलग्न गर्नुहोस्**

मैले ोउपलब्ध गराएको जानकारी सत्य र सही छ भनी प्रमाणित गर्छु। कुनै पनि गलत जानकारी वा पूर्ण जानकारी नदिने भनी म बुझ्छु
जानकारीले यो आवेदन रद्द गर्ने छ। यो जानकारी योग्यता उद्देश्यका लागि मात्र हो। म लागू भएमा यो जानकारी मेरो सामुदायिक डिकनसँग साझा गर्न सकिन्छ भन्ने कुरा पनि बुझ्छु।
तपाईंको आवेदन प्रशोधन गर्न, हामीलाई सहायता गर्ने आय जानकारी आवश्यक पर्दछ। WellSpan Health लाई ोउपलब्ध गराएको जानकारीोका आधारमा कार्यक्रमोका लागि तपाईंको
योग्यता मूल्याङ्कन गर्न हामी तपाईंसँग काम गर्ने ोंछौं। आवेदकहरूले ीउहाँहरूसँग साझेदारी योजना छ भने, यो आवेदन हामीले भुक्तानी गर्नु पर्ने साझेदारी योजनाको भागबाट भुक्तानी
प्राप्त नगरेसम्म रोकिने छ भनेर बुझ्नुभएको छ। भुक्तानी प्राप्त भएपछि, हामी बिरामीको बाँकी रहेको रकमको स्वीकृतिोका लागि समीक्षाको साथ अगाडि बढ्ने ोंछौं। तपाईंको आवेदन पूरा
गर्नोका लागि हामीले तपाईंको सहायक कागजातहरू प्राप्त नगरेसम्म तपाईंले अझै पनि बिलहरू प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।

आवेदकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

सबै आवश्यक कागजातसहित आफ्नो पूरा भएको र हस्ताक्षर गरिएको आवेदन् र/वा आवेदन प्रक्रियासम्बन्धी कुनै पनि प्रश्नहू ेभएमा निम्नमा पेश गर्नुहोस:

फोन: 717-851-5051 सोमवार - शुक्रवार बिहान 8 बजेदेखि बासाँझ 4 बजेसम्म

फ्याक्स: 717-851-3100

इमेल: WSHFinancialAssistance@wellspan.org

मेल: PO Box 20607 York, PA 17402

थप घरपरिवारका सदस्यू (आवश्यक परेमा पृष्ठ 1 बाट जारी)

ू**घरपरिवारका सदस्यहरू** - (हालसालैको वार्षिक कर रिटर्नमा सूचीबद्ध व्यक्तिहरूलाई मात्र समावेश गर्नुहोस्। घरपरिवारमा सात जनाभन्दा बढी सदस्यू ्हुनुहुन्छ भने, कृपया आवेदनको पृष्ठ 2 मा अतिरिक्त सदस्यू थप्नुहोस्।)

नाम: _____ सम्बन्ध _____ जन्ममिति

_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____
_____ _____ _____

WellSpan York Hospital/
WellSpan Medical Group

York County
1001 S George St. PO Box 15198
York, PA 17403
(717)851-5051 (फोन)
(717)851-3100 (फ्याक्स)
सोमवार - शुक्रवार बिहान 8 बजे - 4 बजेसम्म

WellSpan Philhaven/
WellSpan Medical Group

Lebanon County
283. S. Butler Rd.
Mt. Gretna, PA 17064
(717)851-5051 (फोन)
(717)851-3100 (फ्याक्स)
सोमवार - शुक्रवार बिहान 8 बजे - 4 बजेसम्म

WellSpan Evangelical Community Hospital/
WellSpan Medical Group

Lewisburg County
1 Hospital Dr
Lewisburg, PA 17837
(717)851-5051 (फोन)
(717)851-3100 (फ्याक्स)
सोमवार - शुक्रवार बिहान 8 बजे - 4 बजेसम्म

WellSpan Ephrata Community Hospital/
WellSpan Medical Group

Lancaster County
169 Martin Ave.
Ephrata, PA 17522-1002
(717)851-5051 (फोन)
(717)851-3100 (फ्याक्स)
सोमवार - शुक्रवार बिहान 8 बजे - 4 बजेसम्म

WellSpan Good Samaritan Hospital/
WellSpan Medical Group

Lebanon County
4th & Walnut Streets
Lebanon, PA 17042
(717)851-5051 (फोन)
(717)851-3100 (फ्याक्स)
सोमवार - शुक्रवार बिहान 8 बजे - 4 बजेसम्म

WellSpan Gettysburg Hospital/
WellSpan Medical Group

Adams County
147 Gettys St.
Gettysburg, PA 17325
(717)851-5051 (फोन)
(717)851-3100 (फ्याक्स)
सोमवार - शुक्रवार बिहान 8 बजे - 4 बजेसम्म

WellSpan Chambersburg Hospital/
WellSpan Medical Group

Franklin County
112 N 7th St.
Chambersburg, PA 17201
(717)851-5051 (फोन)
(717)851-3100 (फ्याक्स)
सोमवार - शुक्रवार बिहान 8 बजे - 4 बजेसम्म

WellSpan Waynesboro Hospital/
WellSpan Medical Group

Franklin County
501 E. Main St.
Waynesboro, PA 17268
(717)851-5051 (फोन)
(717)851-3100 (फ्याक्स)
सोमवार - शुक्रवार बिहान 8 बजे - 4 बजेसम्म