THE University of Vermont HEALTH NETWORK

आर्थिक सहायता कार्यक्रम

customerservice@uvmhealth.org

आवेदन पूरा गर्न मद्दत चाहिन्छ: हामीलाई 800-639-2719 मा कल गर्नुहोस्

आर्थिक सहायता आवेदन

कृपया सेवाहरूका लागि स्थान चयन गर्नुहोस् (कृपया लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्)

☐ Central Vermont Medical Center ☐ Porter Medical Center ☐ UVM Medical Center

घर परिवारको प्रमुख व्यक्ति / वित्तीय जमानीकर्ताको जानकारी

घर परिवारको प्रमुख व्यक्ति			
जन्ममिति	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	वैवाहिक स्थिति	फोन नम्बर

ठेगाना	सहर	राज्य	जिप कोड

घरपरिवारका सदस्यहरू

घरेलु पार्टनर सहित तपाईंको घरमा बस्ने सबै परिवारका सदस्यहरूको सूची बनाउनुहोस्। घरेलु पार्टनर भनेको तपाईंसँग प्रतिबद्ध सम्बन्धमा बस्ने व्यक्ति हो। पार्टनरमा रूममेट समावेश हुँदैन।

नाम	जन्ममिति	सामाजिक सुरक्षा नम्बर	सम्बन्ध

अतिरिक्त जानकारी

के तपाईं कुनै स्वास्थ्य बीमा नीतिअन्तर्गत पर्नुभएको छ? छ भने, तल जानकारी प्रदान गर्नुहोस्:	☐ छ ☐ छैन
बीमा कम्पनीको नाम:	आइडी नम्बर:
के तपाईंले भर्मन्ट वा न्यूयोर्क Medicaid को कभरेजका लागि आवेदन दिनुभएको छ?	☐ छ ☐ छैन
के तपाईंले भर्मन्ट वा न्यूयोर्क हेल्थ एक्सचेन्जमा कभरेजका लागि आवेदन दिनुभएको छ?	☐ छ ☐ छैन
के तपाईं भर्मन्टमा बस्नुहुन्छ, काम गर्नुहुन्छ वा स्कुल जानुहुन्छ?	☐ छ ☐ छैन

मासिक खर्चहरू

हामी तपाईंको वित्तीय अवस्थालाई राम्रोसँग बुझ्न यो जानकारी प्रयोग गर्छौं।

भाडा वा धितो	$:	औषधीहरू	$:
सम्पत्ति कर	$:	स्वास्थ्य बीमा	$:
उपयोगिता (पानी / बिजुली)	$:	स्वास्थ्य सेवा बिलहरू	$:
अटो (कार भुक्तानी)	$:	बीमा (अटो / सम्पत्ती)	$:
बाल स्याहार	$:	भत्ता / बाल सहायता	$:
बस्ने (खाना / ग्याँस)	$:	अन्य	$:

उल्टो छेउमा आवेदन जारी राख्नुहोस्

रोजगार		
	घर परिवारको प्रमुख व्यक्ति / वित्तीय जमानीकर्ता	जीवनसाथी / घरेलु पार्टनर
रोजगारदाता वाघेरा लगाउनुहोस् यदि: (सेवानिवृत्त / विद्यार्थी / बेरोजगार)		
मासिक आम्दानी		
कुल तलब ज्याला	$:	$:
स्वरोजगार आम्दानी	$:	$:
सामाजिक सुरक्षा	$:	$:
पेन्सन / अवकाश वितरण	$:	$:
असक्षमता (VA बाहेक)	$:	$:
बेरोजगारी	$:	$:
भाडाबाट हुने आम्दानी	$:	$:
लाभांश आम्दानी	$:	$:
अन्य आम्दानी:	$:	$:
तरल सम्पत्तिहरू नगद / बचत / लगानी		
	घर परिवारको प्रमुख व्यक्ति / वित्तीय जमानीकर्ता	जीवनसाथी / घरेलु पार्टनर
चल्ती खाता	$:	$:
बचत	$:	$:
CD	$:	$:
स्टक / म्युचुअल फन्ड	$:	$:
बन्डहरू	$:	$:
वार्षिकी (नगद भएमा)	$:	$:
मुद्रा बजार	$:	$:
ट्रस्ट खाता (नगद भएमा)	$:	$:
अन्य:	$:	$:
अतिरिक्त सम्पत्ति (तपाईंको प्राथमिक निवास समावेश छैन)		
	मूल्य	धितो बाँकी रकम
बिदा / दोस्रो घर	$:	$:
जमीन	$:	$:
भाडाको सम्पत्ति	$:	$:

कृपया तपाईंको हालको आर्थिक अवस्थाका बारेमा हामीलाई थाहा दिन चाहनुभएको अन्य कुनै जानकारी समावेश गर्नुहोस्। जस्तै बिल, भाडा वा खानाका लागि तिर्न कठिनाइ।

निम्न पृष्ठमा आवेदन पूरा गरेर हस्ताक्षर गर्नुहोस्

कागजात चेकलिस्ट

कृपया तपाईंले आफ्नो स्याहार प्राप्त गर्ने अस्पतालमा रहेको हाम्रो आर्थिक सहायता कार्यक्रममा सहायक कागजातहरू सहितको आफ्नो पूरा आवेदन मेल गर्नुहोस्। सहायताका लागि योग्यता आम्दानी र सम्पत्ति परीक्षणसहित मापदण्डहरूको श्रृङ्खलामा आधारित हुन्छ। तपाईंको आवेदन प्रशोधन गर्न, कृपया तपाईंको आर्थिक आवश्यकतालाई समर्थन गर्न तल सूचीबद्ध लागू हुने कागजातहरू प्रदान गर्नुहोस्।

आम्दानी:

- हालसालैको संघीय आयकर फिर्ती
- संघीय आयकर फिर्तीको सट्टा, तपाईंले तल सूचीबद्ध विकल्पहरू पेश गर्न सक्नुहुन्छ:
  - रोजगार / स्वरोजगार:
    - दुई सबैभन्दा हालसालैका, लगातार आय विवरणहरू (पे स्टबहरू)
    - रोजगारदाताबाट लिखित आय प्रमाणीकरण (नगद भुक्तानी गरिएको छ भने)
    - आप्रवासी कामदार सम्झौताको लिखित पुष्टिकरण
    - ओपन-डोर क्लिनिक(Open-Door Clinic)बाट लिखित पुष्टिकरण
  - सामाजिक सुरक्षा: हालको वर्षको लाभ प्रमाणिकरण पत्र -वा- सबैभन्दा पछिल्लो 1099-SSA कथन
  - पेन्सन/अवकाश वितरण: हालको लाभ विवरण -वा- सबैभन्दा पछिल्लो 1099-R विवरण
  - बेरोजगारी: हालको लाभ विवरण
  - भाडाबाट हुने आम्दानी: सम्पत्ति सम्पत्तिमा समावेश नभएको खण्डमा वर्ष-देखि-मिति नाफा र नोक्सान विवरण
  - सार्वजनिक सहायताको कागजात (जस्तै, Medicaid, फूड स्ट्याम्प, आदि)

तरल सम्पत्तिहरू:

- तपाईंको वित्तीय संस्थाबाट निम्नका लागि हालको विवरण:
  - चल्ती खाता र बचत
  - निक्षेप प्रमाणपत्र (CD)
  - स्टक / म्युचुअल फन्ड / बन्ड / मुद्रा बजार
  - वार्षिकी, तरल छ भने
- दोस्रो सम्पत्तिका लागि हालको वर्षको सम्पत्ति कर बिल (यसमा तपाईंको प्राथमिक निवास समावेश छैन)
  - बिदा / दोस्रो घर, लागू भएमा हालको धितो विवरणसहित
  - जग्गा, लागू भएमा ऋण विवरणसहित
  - भाडाको सम्पत्ति (भाडाको आम्दानी तपाईंको संघीय आयकर फिर्तीमा समावेश गरिएको छैन भने)

कृपया ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस्

म University of Vermont Health Network का Vermont साझेदारहरूबाट आर्थिक सहायताका लागि अनुरोध गर्दै छु। म मैले उपलब्ध गराएको सम्पूर्ण जानकारी सही र पूर्ण छ भनी प्रमाणित गर्दछु। University of Vermont Health Network लाई यसको सम्बद्ध प्रदायकहरूसँग मेरो खाता, आवेदन र सहायक कागजातहरूसम्बन्धी सान्दर्भिक जानकारीको प्रमाणीकरण गर्न र जानकारी आदानप्रदान गर्न मेरो अनुमति छ। प्रदान गरिएको कुनै पनि गलत, अपूर्ण वा गलत जानकारीले आर्थिक सहायताका लागि मेरो आवेदन रद्द गर्न सक्छ। यस आर्थिक सहायता आवेदनले समेटेको चिकित्सा सेवाहरूका लागि कुनै पनि प्रकारको भुक्तानी प्राप्त गरेमा म पूर्ण आर्थिक सहायता पुरस्कार फिर्ता गर्न सहमत छु। प्रदान गरिएका सबै जानकारी HIPAA संघीय नियमहरूको प्रावधानअन्तर्गत गोप्य रहने छन्।

घर परिवारको प्रमुख व्यक्ति / वित्तीय जमानीकर्ताको हस्ताक्षर	मिति

कृपया आफ्नो पूरा गरिएको आवेदन तलको ठेगानामा मेल गर्नुहोस्। कृपया आवेदनमा आवश्यक कागजातहरू संलग्न गरेको सुनिश्चित गर्नुहोस्।

University of Vermont Medical Center
Financial Assistance Program
Patient Access Department IDX 22052
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401