

स्लाइडिङ शुल्क छुट कार्यक्रम

मिति _____

नाम _____ फोन # _____

(परिवारको मुख्य व्यक्ति)**

ठेगाना _____

कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

___ नवीकरण ___ नयाँ

_____ द्वारा समीक्षा गरिएको

स्लाइड स्तर _____ सुरुवात मिति _____

___ कार्ड दिइन्छ ___ कार्ड पठाइन्छ

लागुयोग्य भएमा, मितिको कार्ड पठाइन्छ _____

उनीहरूले कार्यक्रममा आवेदन नदिएको भएपनि, तपाईंको परिवारमा भएका सबैजनाको सूची बनाउनुहोस्। पहिलो रेखामा आफैलाई सूचीबद्ध गर्नुहोस्। कृपया लेख्नुहोस्।

(* परिवार: दुबै परम्परागत र गैर-परम्परागत परिवारका पारिवारिक व्यक्तिहरू जो वित्तीय रूपमा संगसंगै बाँधिएका हुन्छन्)

(** परिवारको मुख्य व्यक्ति: पारिवारिक निर्णयहरू बनाउनको लागि जिम्मेवार व्यक्ति)

पहिलो नाम र थर	के यो व्यक्तिले आवेदन दिनुभएको छ		जन्ममिति			सामाजिक सुरक्षा नम्बर उपलब्ध भएमा र स्लाइडिङ शुल्क कार्यक्रमको लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने मात्र उपलब्ध गराउनुहोस्	स्वास्थ्य बीमाको नाम सुचीबद्ध गर्नुहोस् वा तपाईं अबीमाकृत हुनुहुन्छ भनी संकेत गर्नुहोस्	कार्यालय प्रयोगको लागि स्वास्थ्य रेकर्ड # सक्रिय बيمारी हुनुहुन्न भने लागू हुँदैन
	हो	होइन	महिना	दिन	वर्ष			

के तपाईंले मेडिकेड वा अर्को स्वास्थ्य बिमाको लागि आवेदन दिनुभएको छ मेडिकेड: हो / होइन (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्) अन्य बिमा: हो / होइन (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)

पृष्ठ 1 मा सूचीबद्ध गरिएका सबै *पारिवारिक* सदस्यहरूका लागि सबै कुल आम्सोतहरू जाँच गर्नुहोस्
सबै आम्दानी प्रमाणीकरण वास्तविक आवेदनको 30 दिन भित्रमा हालको हुनुपर्छ

_____ कुल ज्याला तथा तलब	_____ स्वरोजगार	_____ सार्वजनिक सहायता	_____ सामाजिक सुरक्षा – SSI, SSD वा SS सेवानिवृत्ति
_____ पेन्सन/सेवानिवृत्ति	_____ भेटेरनको लाभ	_____ NYS असक्षमता	_____ कामदारको क्षतिपूर्ति
_____ बेरोजगारी	_____ बाल सहायता	_____ निर्वाह	_____ रूचीको आय
_____ भाडाबाट हुने आम्दानी	_____ आम्दानी उत्पन्न गर्ने सम्पत्ति	_____ बोर्डर/लोजरबाट प्राप्त आय	_____
_____ स्टक/जीवन बीमा लाभांशहरू	_____ अन्य		

बिरामीले तलपहिलो अक्षर लेख्नुपर्छ

- _____ मबुइदछु कि मस्वास्थ्य केन्द्रमा एक्सक्रिय बिरामी हुनुपर्छ वा स्वास्थ्य केन्द्र कार्यक्रममा नामाङ्कित हुनुपर्छ।
- _____ मबुइदछु कि मलाई दिइएको कार्ड(हरू) स्वास्थ्य केन्द्र साइट वा स्वास्थ्य केन्द्र कार्यक्रम, निर्दिष्ट गरिएको फार्मसी, ल्याब र एक्स-रे प्रदायकहरूमा सीमित हुन्छन्।
- _____ मबुइदछु कि स्लाइडिङ शुल्क छूट कार्यक्रम द्वारा भुक्तान गरिएका शुल्कहरू मात्र स्वास्थ्य केन्द्र वा स्वास्थ्य केन्द्रका कार्यक्रमहरूमा कार्यालय भेटहरू हुन् यसमा चिकित्सा, दन्त चिकित्सा र साइटमा हुने व्यवहारजन्य स्वास्थ्य सेवाहरू (लागूयोग्य भएमा) समावेश हुन्छन्।
- _____ मबुइदछु कि मैले यो सम्झौता अन्तर्गत स्वास्थ्य केन्द्र वा स्वास्थ्य केन्द्रको कार्यक्रममा प्रस्ताव गरिएका समाविष्ट दन्त चिकित्सा प्रक्रिया र सेवाहरूको सूची प्राप्त गर्नेछु।।
- _____ मबुइदछु कि स्लाइडिङ शुल्क छूट कार्यक्रममा स्वास्थ्य केन्द्र प्रदायकद्वारा प्रस्तावित प्रयोगशाला, एक्स-रे वा निर्धारित औषधिका लागि पनि शुल्कहरू समेट्न *सक्छ*।
- _____ मबुइदछु कि मैले LabCorp बाट प्रत्यक्ष रूपमा बिल प्राप्त गर्न सक्छु र स्लाइडिङ शुल्क कार्यक्रमको लागि समीक्षा र भुक्तानी गर्न मोजाइक स्वास्थ्यलाई यो बिलको प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनु मेरो जिम्मेवारी हो भनी बुझ्दछु।
- _____ मबुइदछु कि निम्न शुल्कहरू यो कार्यक्रमद्वारा समेटिएका छैनन्: आकस्मिक कक्ष भेटहरू, एम्बुलेन्स शुल्कहरू, बहिरङ्ग/एम्बुलेटरी शल्यक्रिया, अन्तरङ्ग अस्पतालका शुल्कहरू, विशेषज्ञ कार्यालय भेटहरू, विशेषज्ञद्वारा लेखिएका निर्धारित औषधिहरू र सूची उपलब्ध नगराइएका अन्य शुल्कहरू।
- _____ मबुइदछु कि अन्य सामुदायिक स्वास्थ्य प्रदायकहरूद्वारा निर्धारण गरिएका औषधिहरू पुनः लेख्न स्वास्थ्य केन्द्र प्रदायक बाध्य हुनुहुन्न।
- _____ मबुइदछु कि ममेडिकेड, बाल स्वास्थ्य प्लस, EPIC, निर्धारित सहायता कार्यक्रम आदि जस्ता अन्य कार्यक्रमहरूको लागि योग्य हुन सक्छु र मलाई आवेदन दिन प्रोत्साहन दिइएको छ।
- _____ मबुइदछु कि मेरो आर्थिक स्थितिमा कुनै पनि शुल्कहरू लगाइन्छ भने, मैले तुरुन्तै कार्यक्रम नामांकनमा सूचित गर्नुपर्छ र अद्यावधिक आम्सम्बन्धी जानकारी दिनुपर्छ। मबुइदछु कि म अद्यावधिक जानकारी उपलब्ध गराउन असफल भएमा स्लाइडिङ शुल्क छूट लाभहरू गुमाउनेछु।
- _____ मबुइदछु कि यो आवेदन एकवर्षसम्मको लागि राम्रो छ। निश्चित परिस्थितिहरूमा समाप्तिमा नतिजा आउसक्छ।

आमाबुवाको स्वीकृती र सम्झौता

मलाई जानकारी भएसम्म मैले मेरो वर्तमान आर्थिक स्थिति र पारिवारिक संरचनाको सम्बन्धमा दिइएको जानकारी सही र वास्तविक छ भन्ने कुराको विश्वास दिलाउँछु। कार्यक्रमद्वारा उपलब्ध गराइएको कभरेजबारे मलाई बुझाइएको छ। मलाई सबै सेवाहरू र तिनीहरू कहाँ हासिल गर्न सकिन्छ भन्नेबारे व्याख्या गर्ने एउटा पत्र दिइएको छ। मयो पनि बुझ्दछु कि मैले सेवाहरू हासिल गर्दा सधैं आफ्नो कार्ड प्रस्तुत गर्नुपर्छ। प्रमाणीकरण अवधि र छूट/सहभुक्तानी रकमबारे मलाई बुझाइएको छ र मैले दुबै बुझेको छु।

आवेदक/परिवारको मुख्य व्यक्तिको नाम (कृपया लेख्नुहोस्)

आवेदक/परिवारको मुख्य व्यक्तिको नाम

यदि तपाईंले यो आवेदन अर्को व्यक्तिको तर्फबाट बर्नुभएको छ भने, कृपया आफ्नो नाम लेख्नुहोस् र हस्ताक्षर गर्नुहोस् साथै आवेदकसँगको तपाईंको सम्बन्ध उपलब्ध गराउनुहोस्।

प्रतिनिधिको नाम (कृपया लेख्नुहोस)

प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

आवेदक/परिवारको मुख्य व्यक्तिसँगको प्रतिनिधिको सम्बन्ध

पृष्ठ 2-कार्यालय प्रयोजनको लागि मात्र

नाम (परिवारको मुख्य व्यक्ति): _____ जन्ममिति: _____ स्वास्थ्य रेकर्ड #: _____

आम्दानीको स्रोत (हालको हुनुपर्छ)	पारिवारिक सदस्य	आम्दानीको स्रोत – सप्ताहिक रूपमा/हप्ताको दुई पटकआदि।	वार्षिक	वार्षिक आम्दानीमा समायोजन गरियो (कुल आम्दानी – आर्जित आर्क्रेडिट - \$90/MO - \$1080 ANNUALLY)
कुल ज्याला/तलबकरअधिको आम्दानी) –साप्ताहिक रूपमा भुक्तानी गरिन्छ भने, पछिल्ला 4 स्टबहरू, यदि महिनाको दुई पटकमा अर्ध मासिक भुक्तानी गरिन्छ भने वा कर्मचारीबाट प्राप्त कथनले एउटै जानकारी दिएमा वा DHHS कर्मचारीहरूको कथनमाएमा पछिल्ला 2 स्टबहरू		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
स्वरोजगार -गत2 वर्षको आस्करफारामहरू वा 1099s र व्यावसायिक खर्चहरूको प्रमाणीकरण		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
पेन्सन/सेवानिवृत्ति, भेटेरनको लाभ		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
NYS असक्षमता, कामदारहरूको क्षतिपूर्ति, बेरोजगारी		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
आम्दत्यन्न गर्ने सम्पत्ति, भाडाको आम्दानी, बोर्डर/लोजरबाट प्राप्त आय		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
स्टक/जीवन बीमा लाभांशहरू, रूचीको आम्दानी		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
सार्वजनिक सहायता, सामाजिक सुरक्षा: SSI, SSD वा SS सेवानिवृत्ति		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
बाल सहायता, निर्वाह धन		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
अन्य _____		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
अन्य _____		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

अन्य _____		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		जम्मा \$	जम्मा \$	जम्मा \$

यसद्वारा तयार गरिएको: _____

मिति: _____