

गाइसिंगर स्वास्थ्य पद्धति

१०० एन. एकेडेमी एभ

डनभिल, पिए १७८२२-४९३८

टेलिफोन: ८००-६४०-४२०६

बिरामी को नाम

PATIENT NAME

मेडिकल रेकर्ड नम्बर

MRN

GUARANTOR NAME

GUARANTOR ADDRESS

GUARANTOR CITE, STATE, ZIP

DATE

प्रिय GUARANTOR NAME:

तपाईंले आर्थिक विवरण आवेदनको एक प्रति संलग्न पाउनुहुनेछ । कृपया सम्पूर्ण प्रश्नावली पूरा गर्नुहोला । तपाईंको परिवारको आर्थिक अवस्थामा आधारित रहेर, हामी तपाईंलाई तपाईंका मेडिकल बिलहरूको आंशिक वा पूर्ण राहत प्रदान गर्न सक्षम हुन सक्छौं । यो आर्थिक प्रश्नावली पूरा गर्न समय प्रदान गर्दा तपाईंलाई नै लाभ हुनेछ ।

आर्थिक विवरण रूजूसूचीमा भएका सबै दस्तावेजहरू प्रक्रियामा लैजानका लागि आवश्यक छन् । यदि कुनै सामेल भएको छैन भने, तपाईंको आवेदन सो जानकारी प्रदान नगरुन्जेल ढिला हुन वा अस्वीकृत हुनसक्छ।

आर्थिक विवरण, आर्थिक रूजूसूची र सबै सहयोगी दस्तावेजहरू निम्न ठेगानामा पठाउनुहोस्:

**Geisinger Uncompensated Care Services 49-38**  
**100 N. Academy Ave.**  
**Danville, PA 17822-4938**

यदि यस प्रक्रियासँग सम्बन्धित तपाईंका कुनै प्रश्नहरू भए कृपया हाम्रो ग्राहक सेवा कल सेन्टरमा ८००-६४०-४२०६ मा फोन गर्नुहोस् । स्थिति (अवस्था) जाँच गर्न हामीलाई फोन गर्नु अगाडि तपाईंको आवेदन हाम्रो पद्धतिमा पर्नका लागि कृपया कम्तिमा ३० दिनको समय दिनुहोस् ।

भवदीय,

अनकम्पेन्सेटेड स्याहार विभाग

गाइसिंगर राजस्व व्यवस्थापन

प्रश्नहरू वा जानकारीका लागि ८००-६४०-४२०६ मा फोन गर्नुहोस् वा, यदि माइगाइसिंगरमा दर्ता हुनुभएको छ भने [mygeisinger.geisinger.org](http://mygeisinger.geisinger.org) हेर्नुहोस्।

## आर्थिक विवरण आवेदन

सबै लाइनहरू भरिनु पर्नेछ। यदि लागू हुँदैन भने, लाइनमा "लागू हुँदैन N/A" लेख्नुहोस्। खाली लाइनहरूले प्रक्रियामा ढिलाई गर्नेछन् ।

नाम : \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षण नं. \_\_\_\_\_ जन्ममिति : \_\_\_\_\_  
 स्ट्रिट ठेगाना : \_\_\_\_\_ मेडिकल रेकर्ड नं.: \_\_\_\_\_  
 सहर : \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ जिप: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_  
 यस ठेगानामा बसेको समय: \_\_\_\_\_ घरपरिवारको जम्मा सदस्य सङ्ख्या: \_\_\_\_\_  
 वैवाहिक स्थिति: विवाहित \_\_\_\_\_ सम्बन्ध बिच्छेद गरेको \_\_\_\_\_ विधुर विधवा \_\_\_\_\_ एकल \_\_\_\_\_ छुट्टिएको \_\_\_\_\_  
 रोजगारदाता: \_\_\_\_\_  
 दम्पतिको नाम: \_\_\_\_\_ दम्पतिको सामाजिक सुरक्षण नं. \_\_\_\_\_  
 यस आवेदनमा संलग्न गर्नु पर्ने कुनै अन्य व्यक्तिहरूको नामहरू, जन्मतिहरू, र मेडिकल रेकर्ड नम्बरहरू: \_\_\_\_\_  
 आर्थिक सहयोगका लागि आवेदन गर्नुको कारण:  बाँकी रकम(तिर्नुपर्ने)  भविष्य सेवा  
 भविष्यका सेवाहरूका लागि सेवा र अपेक्षा गरिएको बिरामी जिम्मेवारीहरू सूचीकृत गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_

## धरपरिवारको आम्दानी

आवेदकको कुल वार्षिक आय: \$ \_\_\_\_\_ दम्पतिको कुल वार्षिक आय: \$ \_\_\_\_\_  
 घरपरिवारका अन्य सदस्यको कुल वार्षिक आय: \$ \_\_\_\_\_  
 अतिरिक्त वार्षिक आय:  
 सामाजिक सुरक्षण: \$ \_\_\_\_\_ पेन्सन: \$ \_\_\_\_\_ असक्तता: \$ \_\_\_\_\_  
 बच्चा सहयोग: \$ \_\_\_\_\_ एलिमनी \$ \_\_\_\_\_ अन्य (उल्लेख गर्नुहोस्): \$ \_\_\_\_\_  
 घरपरिवारको जम्मा आय: \$ \_\_\_\_\_  
 के तपाईंले फेडरल आयकर तिर्नु पर्छ? पर्छ \_\_\_\_\_ पर्दैन \_\_\_\_\_  
 के तपाईंले बजारमार्फत स्वास्थ्य कभरेजका लागि आवेदन गर्नु भएको छ? छ \_\_\_\_\_ छैन \_\_\_\_\_  
 के तपाईंलाई बजारमार्फत स्वास्थ्य कभरेजका लागि आवेदन गर्नबाट छूट दिइएको छ? छ \_\_\_\_\_ छैन \_\_\_\_\_

## सम्पति

बैंडको नाम	अकाउन्ट (खाता) को किसिम (चेकिङ, बचत, ४०१के, सिडि, आइआरए, अन्य)	बाँकी (ब्यालेन्स)

घर: आफ्नै \_\_\_\_\_ किन्ने योजना \_\_\_\_\_ भाडामा \_\_\_\_\_ घुम्ती घर \_\_\_\_\_ अन्य \_\_\_\_\_  
 कारहरू: आफ्नै \_\_\_\_\_ लगानी गराइएको \_\_\_\_\_ वाहन सङ्ख्या र वर्ष \_\_\_\_\_  
 अन्य सम्पत्ति ( भौतिक सम्पत्ति वा वाहनहरू): \_\_\_\_\_

# Geisinger

## मासिक खर्चहरू

मोर्टगेज \$ \_\_\_\_\_ ताप \$ \_\_\_\_\_ टेलिफोन \$ \_\_\_\_\_ वाहन बीमा \$ \_\_\_\_\_  
भाडा \$ \_\_\_\_\_ विद्युत \$ \_\_\_\_\_ केबल \$ \_\_\_\_\_ जीवन बीमा \$ \_\_\_\_\_  
कार \$ \_\_\_\_\_ पानी/ढल \$ \_\_\_\_\_ खाद्यान्न \$ \_\_\_\_\_ स्वास्थ्य बीमा \$ \_\_\_\_\_  
करहरू \$ \_\_\_\_\_ यातायात \$ \_\_\_\_\_ विविध(उल्लेख गर्नुहोस) \$ \_\_\_\_\_

अन्य खर्चहरू:

प्रकार/ऋणदाता	मासिक भुक्तानी	प्रकार/ऋणदाता	मासिक भुक्तानी

जम्मा मासिक खर्च : \$ \_\_\_\_\_

म माथिका विवरणको सत्यता प्रमाणित गर्दछु । म यहाँ मेरो ऋण र आर्थिक जिम्मेवारीका विषयमा विवरणमा सूचीत गरिएका सन्दर्भहरू वा म वा अन्य कसैबाट प्राप्त तथ्याङ्कहरूलाई सत्यताका लागि अनुसन्धान गर्न पनि गाइसिन्गरलाई अख्तियारी प्रदान गर्दछु।

हस्ताक्षर : \_\_\_\_\_

मिति : \_\_\_\_\_

## आर्थिक विवरण रूजूसूची

तपाईंको आवेदन प्रक्रियामा जाने ढिलाई रोक्नका लागि, कृपया सबै जानकारीहरू पूरा गरिएका/संलग्न गरिएको कुरा प्रमाणिकरण गर्न यो रूजूसूची प्रयोग गर्नुहोस्।

- आर्थिक विवरणमा सबै लाइनहरू पूरा गरिएका छन्। (यदि आइटम तपाईंलाई लागू हुँदैन भने "लागू नहुने N/A" सूचीकृत हुनुपर्नेछ)
- सबै करदाताहरूबाट सबैभन्दा पछिल्लो फेडरल कर फिर्ती, सबै सेड्युलहरू सहित, हस्ताक्षर गरी संलग्न गरिएको छ।
  - यदि तपाईंले आफ्नो कर इलेक्ट्रोनिक रूपमा फाइल गर्नु भयो भने, फारामको अन्त्यमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।
  - यदि तपाईंले कर फाइल गर्नु पर्दैन भने, तपाईंले त्यो आर्थिक विवरणमा उल्लेख गर्नुभएको छ।
- पछिल्लो तीन(३) महिनाका चेकिङ र/वा बचत खाताहरूको विवरणका प्रतिहरू सामेल गरिएका छन् **(सबै पृष्ठहरू संलग्न गर्नुपर्नेछ, सारांश पृष्ठहरू स्वीकृत गरिनेछैनन्)**
  - यदि तपाईंका बचत वा चेकिङ खाताहरू छैनन् भने, आर्थिक विवरणमा सो कुरा तपाईंले उल्लेख गर्नु भएको छ
- घरपरिवारका सबै सदस्यहरूका लागि आयका सबै स्रोतहरूको प्रमाण संलग्न गरिएको छ।
  - रोजगार: वर्तमान चार(४)वटा पे स्टबहरूका प्रतिहरू वा रोजगारदाताबाट लेटरहेडमा सो जानकारी संलग्न पत्र
  - बेरोजगार: यदि कुनै आय छैन भने कुनै पनि आय छैन भनी विवरण दिएको नोटरी पत्र
  - भत्ता: योग्यता निर्धारण पत्र, पछिल्ला चार(४)वटा पे स्टबहरू वा जम्मा (डिपोजिट) देखाउने बैङ्क विवरण
  - सामाजिक सुरक्षा/असक्तता: वर्तमान वर्षको लाभ निर्धारण पत्रको प्रति
  - पेन्सन: पेन्सन चेक, पत्र वा जम्मा(डिपोजिट) देखाउने बैङ्क विवरणको प्रति
  - एलिमनी/बच्चा सहयोग: सहमति, पत्र, चेक वा जम्मा(डिपोजिट) देखाउने बैङ्क विवरणको प्रति
- सबैभन्दा पछिल्ला लगानी (इन्भेस्टमेन्ट) खाताहरूको विवरण सामेल गरिएको छ।
  - ४०१के/४०३ बी
  - ।आइ।आर।ए
  - कर-छूट गरिएको वार्षिक वृत्ति
  - सिडि
  - अन्य
- यदि तपाईं मेडिकेयरमा भर्ना हुनुभएको छ भने मेडिकल सहयोग अस्वीकृति पत्र वा तपाईंको स्वास्थ्य बीमा नभएको प्रमाणको प्रति संलग्न छ। (अस्वीकृति पत्र एक बर्ष भन्दा पुरानो हुनुहुँदैन) ।
- बजारबाट प्राप्त अस्वीकृति वा छूट पत्रको प्रति संलग्न छ।
- यदि विवाहित हो र हालसालै छुट्टिएको भएको सो को प्रमाण संलग्न छ।