



Summa Rehab Hospital

A partnership with
Vibra Healthcare

are

आर्थिक सहायताको लागि Summa Rehab Hospital मा आवेदन

Summa Rehab Hospital परोपकार कार्यक्रम

अबिमाकृत बिरामी छूट कार्यक्रम

कृपया सबै जानकारी लेख्नुहोस्

| | | | |
|--|---|---|---|
| बिरामीको नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको) | | सामाजिक सुरक्षा नम्बर | जन्म मिति |
| स्ट्रिट ठेगाना | सहर | राज्य | जीप कोड |
| डिस्ट्रिक्ट/सहर | | राज्य | जीप कोड |
| <input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> विधवा <input type="checkbox"/> *छुट्टिएर बसेको | | सेवाकालमा रोजगारीको स्थिति <input type="checkbox"/> रोजगार भएको <input type="checkbox"/> अवकाश प्राप्त <input type="checkbox"/> बेरोजगार | 1. तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा ओहोरो निवासी हुनुहुन्थ्यो? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन |
| सेवा मिति | अस्पतालको खाता नम्बर | | 2. तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा एक सक्रिय मेडिकेट प्रापक हुनुहुन्थ्यो? हुनुहुन्थ्यो भने, मेडिकलको बिलिङ नम्बर _____ <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन |
| आवेदनले अन्तरंग भर्ना र/वा तीन महिना (सेवा महिना र त्यसपछिका दुईवटा महिना) लाई समेट्छ | | | 3. तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा असक्षम सहायताको एक सक्रिय मेडिकेट प्रापक हुनुहुन्थ्यो? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन |
| जीवनसाथीको नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको) | सेवाकालमा रोजगारीको स्थिति <input type="checkbox"/> रोजगार भएको <input type="checkbox"/> अवकाश प्राप्त <input type="checkbox"/> बेरोजगार | सामाजिक सुरक्षा नम्बर | जन्म मिति |

"परिवार" मा बिरामी, तिनीहरूको जीवनसाथी *(तिनीहरू घरमा बस्छन् वा बस्दैनन् भन्ने कुरालाई ध्यानमा नराखी) र सबै बिरामीका घरमा बस्ने 18 वर्षभन्दा कम उमेरका आफ्नै वा अंगीकृत बालबालिका समावेश हुन्छन्। बिरामी 18 वर्षभन्दा कम उमेरको हुनुहुन्छ भने, "परिवार" मा बिरामी, बिरामीको आफ्नै वा अंगीकृत आमाबुवा(हरू) *(तिनीहरू घरमा बस्छन् वा बस्दैनन् भन्ने कुरालाई ध्यानमा नराखी) र सबै बिरामीका घरमा बस्ने 18 वर्षभन्दा कम उमेरका बालबालिका समावेश हुनुपर्छ।

| पारिवारिक सदस्यको नाम | जन्म मिति | बिरामीसँगको सम्बन्ध | सेवा प्राप्त गर्नुभन्दा अघिल्लो महिनाको तीन महिनाभित्र प्राप्त गरेको कुल आय | आम्दानीको स्रोत वा रोजगारदाताको नाम |
|-----------------------|-----------|-----------------------|---|-------------------------------------|
| (बिरामी) | | आफै | | |
| (जीवनसाथी) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| परिवारका कूल सदस्यहरू | | कूल पारिवारिक आम्दानी | | |

\$0 आम्दानी कथन:

तपाईंको सेवा अगाडिको तीन महिनामा आधारभूत खाद्य/हाउजिङ आवश्यकताहरू कसरी पूरा भएका थिए भन्नेबारे संक्षिप्त जानकारी प्रदान गर्नुहोस्

*अनुपस्थित जीवनसाथी वा आमाबुवाले घरेलु खर्चमा योगदान नगर्दासम्म घरमा नबस्ने जीवनसाथी वा आमाबुवाको आम्दानी आवश्यक हुन्छ; "योगदान गर्दैनन्" कागजातमा INCOME ब्लक प्रयोग गर्नुहोस्।

** आम्दानी प्रमाणीकरणमा कर अगाडिको कूल ज्याला, पेन्सन, SSI/SSD/बेरोजगार लाभहरू, निर्वाह धन, बाल सहायता (यदि बिरामी बच्चा हो भने), सेवानिवृत्त सैनिक लाभहरू, अवकाश खाता (IRA), 401(k), 401(b) का वितरणहरूको प्रतिलिपिहरू समावेश छन्, तर यतिमा मात्र सीमित भने होइन।

यदि तपाईंले सामाजिक सुरक्षा वा अशक्तता लाभहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ भने, आम्दानी प्रमाणीकरणको पत्र वा तपाईंको हालको 1099 फारम पेश गर्न सकिनेछ। प्रमाणीकरणको पत्र सामाजिक सुरक्षा प्रशासन (Social Security Administration) लाई 1-800-772-1213 मा कल गरेर प्राप्त गर्न सकिन्छ।

तल हस्ताक्षर गरेर, Summa Rehab Hospital बाट आर्थिक सहायताका लागि विचार गर्नुपर्ने माथिका जानकारी प्रदान गरेको छु र;

मलाई जानकारी भएअनुसार, म यो जानकारी साँचो र सत्य भएको उल्लेख गर्दछु र;

Summa Rehab Hospital ले ओहोयो रोजगार तथा परिवार सेवा विभाग (ODJFS) को नियमानुसार यस कार्यक्रमलाई परिमार्जन वा रद्द गर्ने अधिकार सुरक्षित राख्दछ भन्ने म बुझ्दछु।

X

आवेदन मान्य (मिति) गराउनको लागि बिरामी वा बिरामीको कानूनी प्रतिनिधिले

मात्र हस्ताक्षर गर्नुपर्नेछ

(अस्पतालको प्रतिनिधिको हस्ताक्षर/विभाग वा निकाय

(मिति)