

## आर्थिक विवरण फाराम / आर्थिक सहायता आवेदन

यो फाराम भर्न सहायताका लागि वा तपाईंको कुनैपनि प्रश्नहरू भए, कृपया 281-243-1073 मा फोन गर्नुहोस्

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| बिरामीको नाम:        | फोन नम्बर:           |
| बिरामीको सडक ठेगाना: | सहर, राज्य, जिप कोड: |
| खाता सङ्ख्या(हरू):   | सेवाको मिति(हरू):    |

**निर्देशनहरू:** सम्पूर्ण प्रश्नहरूको जवाफ दिनु पर्नेछ। यदि कुनै प्रश्न सम्बन्धित नभए, हरफमा N/A लेख्नुहोस्।  
**फोटो सहितको एउटा परिचय एक प्रमाणको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस् (उदाहरण: फोटो सहित राज्यले-जारी गरेको सवारी चालक अनुमतिपत्र वा राहदानी, आदि) \***  
**सबैभन्दा पछिल्लो आयकर दाखिलाको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस् वा निम्न मध्ये कुनै एक आय प्रमाणको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्:**

\* यदि फोटो ID उपलब्ध नभए, परिचय देखिने अन्य कागजातहरू पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ। सहायताका लागि माथिको फोन नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस्।

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> पछिल्लो 2 तलव चेकको अर्धकट्टीहरू     | <input type="checkbox"/> सामाजिक सुरक्षा चेक वा अवार्ड पत्र   |
| <input type="checkbox"/> बेरोजगार सुविधा पुष्टि गरिएको पुर्जा | <input type="checkbox"/> रोजगारदाताबाट कर्मचारीको नाम, पेसा, घण्टाको ज्याला, काम गरेको घण्टा उल्लेख गरिएको पत्र |

\*\*\* समर्थन गर्ने कागजात बिना आवेदनलाई पूर्ण मानिने छैन। \*\*\*

|   |  |                                      |   |  |
|---|--|--------------------------------------|---|--|
| स्थिति:                                   | <input type="checkbox"/> स्थायी टेक्सास वासी | <input type="checkbox"/> कानूनी वासी | <input type="checkbox"/> आप्रवासी भिसा        | <input type="checkbox"/> गैर-आप्रवासी प्रवेश आज्ञा |
| वैवाहिक स्थिति (एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्): | <input type="checkbox"/> विवाहित             | <input type="checkbox"/> एकलो        | <input type="checkbox"/> सम्बन्ध विच्छेद भएको |  |
|   | <input type="checkbox"/> विधवा               | <input type="checkbox"/> अन्य _____  |   |  |

| घरका 18 वर्ष मुनिका बच्चाहरू र अन्य निर्भर व्यक्तिहरू (अर्को पृष्ठमा जारी राख्नुहोस्, यदि आवश्यक भए) |           |  |              |         |              |
|--|-----------|--|--------------|---------|--------------|
| पूरा नाम   | जन्म मिति | निर्भर व्यक्तिहरूसँग सम्बन्ध (एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्) |              |         |              |
|  |           | बच्चा  | सौतेला-बच्चा | अभिभावक | वयस्क/वरिष्ठ |
|  |           |  |              |         |              |
|  |           |  |              |         |              |
|  |           |  |              |         |              |

| रोजगार सारांश   |   |
|---|---|
| बिरामी  | लोभ्रे वा स्वामी  |
| रोजगारदाता  | रोजगारदाता  |
| पेसा  | पेसा  |
| रोजगार स्थिति (एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्)   | रोजगार स्थिति (एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्)   |
| <input type="checkbox"/> पूर्ण-कालीन <input type="checkbox"/> आंशिक-कालीन <input type="checkbox"/> बेरोजगार | <input type="checkbox"/> पूर्ण-कालीन <input type="checkbox"/> आंशिक-कालीन <input type="checkbox"/> बेरोजगार |
| <input type="checkbox"/> गृहिणी <input type="checkbox"/> काममा जान असमर्थ                                   | <input type="checkbox"/> गृहिणी <input type="checkbox"/> काममा जान असमर्थ                                   |
| प्रति महिना घरको आय   | प्रति महिना घरको खर्च (FAA का लागि लागु नहुने)  |
| बिरामी \$ _____ /महिना  | आवास: _____ आफ्नै/कृण _____ भाडा  |
| श्रीमान् वा श्रीमती \$ _____ /महिना   | घरको भुक्तान \$ _____ /महिना  |
| निर्वाह व्यय \$ _____ /महिना  | सुविधा सेवाहरू (विद्युत, पानी) \$ _____ /महिना  |
| बेरोजगार \$ _____ /महिना  | कार # 1 \$ _____ /महिना   |
| बाल सहयोग \$ _____ /महिना   | कार # 2 \$ _____ /महिना   |
| जिउती सुविधा \$ _____ /महिना  | ग्यासोलिन \$ _____ /महिना   |
| कामदार क्षतिपूर्ति \$ _____ /महिना  | बिमा \$ _____ /महिना  |
| गुठी कोश \$ _____ /महिना  | TV/ केबल/ फोन \$ _____ /महिना   |
| अन्य \$ _____ /महिना  | खाद्य \$ _____ /महिना   |
| <b>जम्मा आय \$ _____ /महिना</b>   | <b>जम्मा खर्च \$ _____ /महिना</b>   |

**बैंक खाता/अन्य सम्पत्ति (सबै 3 वटा प्रश्नहरूको जवाफ दिनु पर्छ):** **(FAA का लागि लागु हुँदैन)**

|   |    |      |                   |          |
|---|----|------|-------------------|----------|
| चलित खाता? (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)         | हो | होइन | वर्तमान ब्यालेन्स | \$ _____ |
| बचत खाता? (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्)          | हो | होइन | वर्तमान ब्यालेन्स | \$ _____ |
| अतिरिक्त सम्पत्ति? (एउटामा गोलो लगाउनुहोस्) | हो | होइन | वर्तमान मूल्य     | \$ _____ |

यदि हो भने, कृपया वर्णन गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_

बिरामीको नाम:

- \* मैले दिएको जवाफहरू मैले जाने सम्म सही तथा साँचो हो भनेर म प्रमाणित गर्दछु नभए कानून अनुसार सजाय भोग्न तयार छु।
- \* मैले दिएको विवरणमा घरको आय तथा खर्चहरू देखिन्छ।
- \* यो विवरणका साथै क्रेडिट रिपोर्ट तथा अन्य सार्वजनिक स्तरमा उपलब्ध जानकारीलाई Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony द्वारा एउटा भुक्तान योजना स्थापित गर्न तथा/वा आर्थिक सहायताको आवेदन शुरु गर्न तथा/वा विभिन्न कार्यक्रम, बिमा सुविधा वा सहायताका लागि योग्यता निर्धारण गर्नप्रयोग गर्न सकिने छ।
- \* मैले दिएको विवरणहरूको जाँच गर्न म Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony लाई कुनैपनि स्रोतबाट जानकारी प्राप्त गर्न मेरो सहमति दिन्छु।
- \* यदि दिइएको जानकारी आर्थिक सहायताका लागि तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्न अपूर्ण वा अपर्याप्त भए वा तपाईंको योग्यताहरू पूरा नभए तपाईंले Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony बाट लिखित जानकारी पाउनु हुनेछ। यदि तपाईं आर्थिक सहायताका लागि योग्य भए पनि तपाईंलाई लिखित रूपमा जानकारी दिइनेछ।
- \* आर्थिक सहायताका लागि आवेदन दिने बिरामीहरू स्थानीय, राज्य, वा सङ्घीय कार्यक्रमबाट रकमका लागि योग्य हुन सक्छन्। बिरामीहरूले आर्थिक सहायताको लागि योग्यताको निर्धारण गरिनु भन्दा पहिला नै यस्तो कार्यक्रमहरूमा आवेदन दिने अपेक्षा गरिन्छ। Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony ले व्यक्तिहरूलाई यस्ता कार्यक्रमहरूमा आवेदन गर्न सहायता प्रदान गर्नेछ। यस्ता कार्यक्रमहरूमा आवेदन नदिएमा बिरामीको आर्थिक सहायता आवेदनमाथि विचार गर्ने कार्यमा प्रतिकूल असर पर्न सक्छ।
- \* मैले Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance तथा कुनैपनि अन्य स्थानीय, राज्य वा सङ्घीय बिमा सुविधा लगायतका सम्पूर्ण सम्भावित बिमा सुविधाका लागि आवेदन दिएको तथ्य प्रमाणित गर्दछु।
- \* यदि म आर्थिक सहायताका लागि योग्य नभए, उपचार खर्चको लागि म स्वयम जिम्मेवार हुनेछु भनेर मैले बुझेको छु।

बिरामी/जमानत दिने व्यक्तिको हस्ताक्षर

मिति

यो आवेदन भरेपछि, यसका साथै सम्पूर्ण समर्थक कागजातहरू यहाँ पठाउनुहोस्:

**Patient Business Office  
16906 Southwest Freeway  
Sugar Land, Texas 77479  
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

अर्को पट्टीहेर्नुहोस्

**MEMORIAL  
HERMANN**

अर्को पट्टीहेर्नुहोस्