

खण्ड एक: बिरामीको जानकारी

यस खण्डमा तपाईंको पूरा नाम, तपाईंले चिकित्सकीय सेवा प्राप्त गर्दाको समयमा तपाईंको ठेगाना र अन्य जानकारीलाई सफा अक्षरमा लेख्नुहोस्।

एकाउन्ट नम्बर _____ सेवाको (मिति)हरू _____

बिरामीको नाम: _____

धर

नाम

बीचको नामको प्रथमाक्षर

ठेगाना: _____ शहर: _____ काउन्टी: _____

नम्बर तथा स्ट्रिट

बसोबास गर्ने राज्य: _____ जिल्ला कोड: _____ जन्म मिति: ____/____/____ वैवाहिक स्थिति: विवाह नभएको विवाहित सम्बन्धविच्छेद भएको

मुख्य फोन नम्बर: (_____) _____ घर मोबाइल कार्यस्थल अन्य _____

इमेल ठेगाना: _____

सेवाको मितिको समयमा स्वास्थ्य बीमा: बीमा नभएको Medicare Medicaid अन्य _____

खण्ड दुई: परिवारको आय र सम्पत्तिहरू

आफ्नो, आफ्नो पति/पत्नी र परिवारका अन्य सबै सदस्यहरूको (यदि लागू हुने भएमा) आय उपलब्ध गराउनुहोस्।

आयको श्रोत	सेवाभन्दा अगाडिको 3 महिनाको कुल	सेवाभन्दा अगाडिको 12 महिनाको कुल
पारिश्रमिक/स्व-रोजगारी	\$ _____	\$ _____
सामाजिक सुरक्षा	\$ _____	\$ _____
पेन्सन, लाभांश, ब्याज, भाडाबाट हुने आय	\$ _____	\$ _____
बेरोजगारी, कर्मचारी क्षतिपूर्ति	\$ _____	\$ _____
बच्चाको भरणपोषण खर्च (यदि बिरामी लक्षित प्राप्तकर्ता भएमा मात्र)	\$ _____	\$ _____
अन्य	\$ _____	\$ _____

आवेदनको मितिसम्म कुल खुद सम्पत्ति (सम्पत्तिहरू - ऋण): \$ _____

खण्ड तीन: परिवारको जानकारी र आय

आफ्नो परिवारका सबै सदस्यहरू र उनीहरूको जन्म मितिलाई सूचीबद्ध गर्नुहोस्।

कृपया तपाईंको घरमा बस्ने तपाईंको परिवारका सबै मानिसहरूका लागि निम्न जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्। HCAP का प्रयोजनहरूका लागि, परिवारलाई बिरामी, बिरामीको पति/पत्नी र बिरामीको घरमा बस्ने बिरामीका 18 वर्षभन्दा कम उमेरका सबै बच्चाहरू (प्राकृतिक वा धर्मसन्तान) को रूपमा परिभाषित गरिन्छ। यदि बिरामी 18 वर्षभन्दा कम उमेरका छन्/छिन् भने परिवारमा बिरामी, बिरामीका प्राकृतिक वा धर्म सन्तान राख्ने आमाबुबा र बिरामीको घरमा बस्ने सो आमाबुबाको 18 वर्षभन्दा कम उमेरका सबै बच्चाहरू (प्राकृतिक वा धर्मसन्तान) पर्ने गर्छन्।

बिरामीसहित परिवारका सदस्यहरूको नाम	जन्म मिति	बिरामीसँगको नाता
1. बिरामी		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

तल हस्ताक्षर गरेर मा यो प्रमाणित गर्छु कि यस आवेदन र संलग्न गराइने अन्य कुनै पनि कागजातहरूमा मैले उल्लेख गरेको सबै कुरा सत्य छन्।

जिम्मेवार पक्षको हस्ताक्षर: x _____ मिति: _____

तल हस्ताक्षर गरेर मा यो प्रमाणित गर्छु कि मैले यस आवेदनको समीक्षा गरेको छु र यसलाई स्वीकृत गर्छु।

अस्पतालका CEO को हस्ताक्षर: x _____ मिति: _____

आफ्नो पूरा भरिएको आवेदनलाई निम्नमा फिर्ता पठाउनुहोस्: [Helen M. Simpson Rehabilitation Hospital](#)