

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 म 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](#)