

Altru Health System ले सिमित साधनका बीमित र कम बीमा भएका व्यक्तिहरूलाई वंश, रङ, यौन, राष्ट्रिय मूल, अपाङ्गता, धर्म, उमेर, यौन अभिमुखता वा लिङ्गको वास्ता नगरी आर्थिक सहायता र परामर्श प्रदान गर्दछ। वित्तीय सहायतामा पूर्ण वा आंशिक परोपकारी संस्थाबन्द, सामुदायिक देखभाल वा मासिक भुक्तानीमा कमी समावेश छ, तर यसमा मात्र सीमित छैन। आर्थिक सहयोगमा पूर्ण वा आंशिक परोपकारी संस्थाबन्द, सामुदायिक देखभाल वा मासिक भुक्तानीकम समावेश हुन सक्छ। अरू धेरै सूचना प्राप्त गर्न सकिनेछ यो भ्रमण गरेर [लिङ्क](#) वा हाम्रो Business Office कर्मचारीलाई ७०१.७८०.१५०० वा ८००.४६४.७५७४ मा फोन गरेर ।

आर्थिक सहायताको उपलब्धताको स्तर निर्धारण गर्न हामीलाई आवश्यक सबै कागजातहरूसहित वित्तीय सहायता आवेदन पूरा, हस्ताक्षर र फिर्ता गर्नुपर्छ। सङ्कलन एजेन्सीमा सन्तुलन पठाउने, क्रेडिट ब्यूरोलाई रिपोर्ट गर्ने र कानुनी कारबाही गर्ने लगायत असाधारण सङ्कलन कार्यहरू उल्लेखनीय सन्तुलन समाधान गरिएन भने हुन सक्छ।

एचएसमा धेरै परोपकारी कार्यक्रमहरू छन्, किनकि राष्ट्रिय स्वास्थ्य सेवा कोर (एनएचएससी) कार्यक्रम एचएसले सम्पत्ति सङ्कलन गर्ने छैन र परिवारको साइज र आय मात्र सङ्कलन गर्नेछ।

**आवश्यक मिसिलीकरण:** (आवश्यक कागजात बिना फिर्ता गरिएका अनुप्रयोगहरू प्रक्रिया गरिने छैन ।)

- पूर्ण प्रतिलिपि वा तपाईंको सबैभन्दा हालैको कर फिर्ता ।
- दुई (२) हालैको वेतन स्टब, बेरोजगारी लाभ वा सामाजिक सुरक्षा लाभ पत्र समावेश गर्न आय प्रमाणीकरण।
- दुई (२) हालैको बैंक विवरण (खर्च रुजु गर्न) को पूर्ण प्रतिलिपि ।
- तपाईंको आर्थिक सहयोगको आवश्यकताबारे लिखित व्याख्या ।
- लागू भएमा, मेडिकेड अस्वीकार पत्र वा आवेदनको प्रमाण।
- सबै विचाराधीन सामाजिक सुरक्षा अपाङ्गतासम्बन्धी दाबी सूचना, यदि लागू भएमा ।

**पारिवारिक आय:**

» आवेदनको यस भागमा सूचीकृत रकममा आवेदकको र पति वा पत्नीको वा महत्वपूर्ण अन्यको मासिक सकल आय समावेश गर्नु पर्दछ । आय मा आय, बेरोजगारी क्षतिपूर्ति, कामदारको क्षतिपूर्ति, सामाजिक सुरक्षा, पूरक सुरक्षा आय, सार्वजनिक सहायता, दिग्गजों भुक्तानी लाभ, पेन्सन वा अवकाश आय, ब्याज लाभांश, किराया, रोयल्टी, सम्पत्तिबाट आय, ट्रस्ट, शिक्षा सहायता, alimony, बाल समर्थन, घर बाहिरबाट सहायता र अन्य विविध स्रोतहरू समावेश छन्। यसमा नगद विहिन लाभ (जस्तै: खाद्य टिकट र आवास अनुदान) वा पूँजीगत लाभ तथा नोक्सानी समावेश गरिएको छैन।

**मासिक खर्च:**

» घर खर्चको लागि तपाईंले तिरेको मासिक रकम र/वा पति/पत्नी/महत्वपूर्ण अन्यको सूची तयार गर्ने । रूममेटले तिरेको खर्च समावेश नगर्नुहोस्, केवल तपाईंको साझा खर्चको केही अंश मात्र।  
» अन्य कुनै सहायता उपलब्ध छ कि छैन भनेर पत्ता लगाउन मद्दत का साथ भुक्तानी योजना निर्धारण गर्न मद्दत गर्न खर्चको प्रयोग गरिनेछ।

**हस्ताक्षर:**

» तपाईं र तपाईंको पति/पत्नी दुवैले हस्ताक्षर नगरेसम्म आवेदन अपूरो हुन्छ/अन्य महत्वपूर्ण।

**पत्राचार ठेगाना:**

» अनलाइन आवेदन पूरा गर्न असमर्थ भएमा, कृपया एमएल आवेदन र सबै लाई समर्थन कागजात:

अल्ट्रु हेल्थ सिस्टम

प्र.आ. बक्स १३७८०

ग्राण्ड फोरक्स, एन डी ५८२०८-३७८०

(पूरा फॉट हस्त वा यहाँ बिरामी लेबल राख्नुहोस्)

**दिशा:** होसार यास्को मा संलग्न अनुप्रयोग पूर्ण syco प्रतिलिपि:

- कर फर्छौट र समर्थन कार्यतालिका (हालाइको वर्ष)
- Two (2) Halaika Pay Stubharu, बेरोजगारी लाभ, वा सामाजिक सुरक्षा लाभ पत्र\*
- Tजहाँ (2) साबा खतहारुको लागि हालाइकोबैंक विवरण\*
- Wरिटेन इन्टरटेनमेन्ट मान्छेको छोरो आर्थिक सहयोग आवश्यकवर्णन\*
- मेडिकेड अस्वीकार पत्र वा आवेदन प्रमाण
- सामाजिक सुरक्षा अपाङ्गताको चाप विचाराधीन सम्बन्धि सूचना\*

\* एन एच एस सि स्लाइडिङ शुल्क कार्यक्रम यससँग लागू हुँदैन

मिति (mm-dd-yyyy):	
बिरामीको नाम (पहिलो, मध्य, अन्तिम)	
जन्मदिन (mm- ddyyy)	अल्ट्रु एमआरएन नम्बर
खाता नम्बर( हस्त):	

यो बिमा मेरो मालिक वा पत्नीको मालिक वा पति वा पत्नी मार्फत उपलब्ध छ।

हुनुहोस्  होइन कारण: \_\_\_\_\_  
मेरो एक जना याना रूममेट हो।

हुनुहोस्  होइन कारण: \_\_\_\_\_  
यौन दुर्घटना वा चोटपटकका कारण सहयोगको खोजी गर्ने।

हुनुहोस्  होइन कारण: \_\_\_\_\_  
कार दुर्घटनाको निशानमा सहकार्यको खोजी गर्ने।

हुनुहोस्  होइन कारण: \_\_\_\_\_  
म विद्यार्थी हो।

हुनुहोस्  होइन बलियो  पूरा समय  अवयव समय

मले यास्को लाजी अनुप्रयोग ग्रीको छुनुहोस्:

ddsdcity name (कैलाली)  b.a.  योर्क शहर नाम ((A, An,  सामाजिक सुरक्षा अपाङ्गता  प्रवासी स्वास्थ्य

मापन गर्नुहोस् लागू गर्न सकिने: मापन गर्नुहोस् लागू गर्न सकिने: मापन गर्नुहोस् लागू गर्न सकिने: मापन गर्नुहोस् लागू गर्न सकिने: मापन गर्नुहोस् लागू गर्न सकिने:

### उत्तरदायी पक्ष सूचना

नाम (एडिसिभ, सेन्ट्रल, फाइनल):	जन्ममिति (mm- ddyyy):	सामाजिक सुरक्षा सङ्ख्या:
ठेगाना:	Apt. #	
शहर:	सेन्ट्रलCity name (optional, object name (optional)खानुहोस्:	जिप कोड:
गृह फोन:	सेल फोन:	घरैसी आकारStencils (रोगी, पति वा पत्नी, आर निर्भर):
रोजगारको स्थिति: <input type="checkbox"/> पूरा समय <input type="checkbox"/> अवयव समय <input type="checkbox"/> स्वरोजगार <input type="checkbox"/> बेरोजगार <input type="checkbox"/> विद्यार्थी	यस्तो छ वर्ष:	वैवाहिक स्थिति:
रोजगारदाताहरू नाम:	काम गरिएको लम्बाइ:	बेरोजगार आयाम/लम्बाइ ((mm- ddyyy))
रोजगारदाता फोन:	अर्को कर फिर्तामा दबी (यदि त्यसो हो भने डकुटीमा उपलब्ध गरेको विवरण),	<input type="checkbox"/> हुनुहोस् <input type="checkbox"/> होइन

### आश्रित (पति र पत्नी बाजेको) Notice

नाम:	उमर:	नाम:	उमर:
नाम:	उमर:	नाम:	उमर:

### श्री./श्रीमती सूचना

नाम (एडिसिभ, सेन्ट्रल, फाइनल):	जन्ममिति (पहिलो, मध्य, अन्तिम):	सामाजिक सुरक्षा #:
गृह फोन:	सेल फोन:	रोजगारदाताको नाम:
रोजगारको स्थिति: <input type="checkbox"/> पूरा समय <input type="checkbox"/> अवयव समय <input type="checkbox"/> स्वरोजगार <input type="checkbox"/> बेरोजगार <input type="checkbox"/> विद्यार्थी	काम गरिएको लम्बाइ:	बेरोजगार आयाम/लम्बाइ (mm- ddyyy):

## घर खर्च सम्बन्धित सूचना

(भुक्तानी योजना र थाप सहकारीसँग city name ("अ" निर्धारण ात्मक लागि प्रयोग मान्छेको छोरो

रुजु गरिएको गार्न सकीन खर्च (हर्नुहोस निर्देशन)	
प्रकार:	मासिक जामा
बन्धक	\$
ताप	\$
विकाश	\$
पानी ट्याङ्क	\$
टेलिफोन	\$
सेल फोन	\$
केबल/उपग्रह	\$
खाद्य/गृह आपूर्ति	\$
डाँकशहर नाम (A, A	\$
मेडिकल इन्स्युरेन्स	\$
जीवन बिमा	\$
स्वचालित बिमा	\$
Home बीमा	\$
सवारी साधन को हिस्सा	\$
जियास/वाहन मर्मत	\$
विद्यालय	\$
एलिमोनी/शाखा समर्थन	\$
अन्य	\$
अन्य	\$
<b>जामा ए</b>	<b>\$</b>

क्रेडिट कार्ड ऋण		
श्रेयकर्ता	हल्को सन्तुलन	मासिक भुतानीहरू
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	<b>जम्मा B</b>	<b>\$</b>

उल्लेखनीय चिकित्सा विधेयकहरू		
चिकित्सा सुविधा	हल्को सन्तुलन	मासिक भुतानीहरू
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	<b>जम्मा C</b>	<b>\$</b>

जमरा खर्च	
जाम गरिएको रकम	\$
ज्यामा बी मात्रा	\$
ज्याम्मा c मात्रा	\$
<b>जमरा खर्च (Add A + B + C)</b>	<b>\$</b>

घरजग्गातर्फको आय व्ययको सूचना

एन एच एस सि स्लाइडिङ शुल्क कार्यक्रम लागि बैंक खाता (हारु) अनुकूल छैन			
बैंक नाम	खाता प्रकार	बैंक नाम	खाता प्रकार

एन एच एस सि स्लाइडिङ शुल्क कार्यक्रम लागि गुण लागू			
प्रकार:	कथन S/O एकाकिको सन्ख्या	अनुमानित मान	भुटानीहरूको सन्तुलन

परिवारलाई आम्दानी (Include परिवार वा घर परिवार वा आपूर्तिकर्ता समर्थन)	
आय प्रकार	मासिक आय रकम
afe	\$
पति/पत्नी/पत्नी	\$
उप- प्रकार:	\$
शाखा समर्थन	\$
अपान्गाटcity name ("a", "a", "	\$
ब्याज/लाभांश	\$
पेन्सन/होलिडे	\$
भादको जग्गाबाट आम्दानी	\$

यस अनुप्रयोगमा उल्लेख गरिएको जानकारी मेरो ज्ञानको सर्वोत्तम मा सही छ। तपाईं मेरो क्रेडिट र रोजगार इतिहास जाँच र मसँग आफ्नो क्रेडिट अनुभव बारेमा प्रश्नहरूको जवाफ गर्न अधिकृत हुनुहुन्छ। यो सम्झौतामा हस्ताक्षर गरेर मैले अल्ट्र हेल्थ सिस्टमका कर्मचारीसँग सहकार्य गर्ने र मेरो बिल समाधान गर्न समयानुरूप पर्याप्त जानकारी दिने वचन दिएको छु। कुनै पनि गलत जानकारी प्रदान गर्दा आवेदकलाई कार्यक्रम सहभागिताबाट अयोग्य ठहरिनेछ।

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_