



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 वा 800.890.6034 |
फ्याक्स 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

मिति / Date: _____ ग्यारेन्टरको नाम / Guarantor Name: _____

बिरामीको नाम / Patient Name: _____ सेवाको मिति(हरू) / Date(s) of Service: _____

खाता # / Account # _____ मेडिकल रेकर्ड # / Medical Record # _____

आदरणीय बिरामी र/वा ग्यारेन्टर-

यस पत्रसँगै तपाईंले Texas Health Resources (टेक्सास हेल्थ रिसोर्सिज) को आर्थिक सहायता आवेदन प्राप्त गर्नुहुनेछ। यो आवेदन पूरा भर्नुभयो भने हामी तपाईंको अस्पताल, चिकित्सक वा आकस्मिक स्याहार प्रयोग गरेबापतका बिल(हरू) का लागि आर्थिक सहायताबारे विचार गर्न तपाईंको खाता प्रस्तुत गर्न सक्षम हुने छौं। यो तपाईंको Texas Health Hospital (टेक्सास हेल्थ हस्पिटल), Texas Health Breeze Urgent Care (टेक्सास हेल्थ ब्रिज अर्जेन्ट केयर) वा Texas Health Physician Group (टेक्सास हेल्थ फिजिसियन ग्रुप) लाई तिर्न बाँकी रकमहरूका लागि मात्र हो।

तपाईं गोपनीयता कायम राख्न चाहनुहुन्छ भने कुरा हामी बुझ्छौं। सोही कारणले गर्दा प्रमाणीकरणका उद्देश्यहरूका लागि बाहेक तपाईंको आवेदनमा समावेश गरिएका जानकारीलाई गोपनीय जानकारीको रूपमा लिइनेछ। यो जान्न आवश्यक भएको खण्डमा मात्र Texas Health Resources सँग साझा गरिनेछ।

कृपया आवेदनको भर्नुपर्ने प्रत्येक ठाउँ भर्नुहोस्। तपाईंलाई कुनै पनि व्याख्या गर्नका लागि थप ठाउँ चाहिएमा कृपया आवेदनको पछाडिको भाग प्रयोग गर्नुहोस्।

आवेदन प्रक्रिया अगाडि बढाउनका लागि आयको प्रमाण आवश्यक पर्छ। कृपया तल स्वीकार्य कागजातहरू हेर्नुहोस्। अनुरोध गरिएका कागजातहरू उपलब्ध गराउन असफल हुनुभयो भने आर्थिक सहायताबारे विचार गर्न अस्वीकार गरिन सकिन्छ।

तपाईंले यो आवेदन प्राप्त गरिसकेपश्चात् यसलाई पूरा भरेर जति सक्दो चाँडो फिर्ता पठाउनु महत्त्वपूर्ण हुन्छ।

तपाईंलाई यो आवेदन भर्नमा समस्या भएमा वा कुनै क्षेत्र अस्पष्ट भएमा कृपया हाम्रो टोलीलाई फोन गर्नुहोस्। तपाईंको आवेदन पूरा भर्नका लागि तपाईंको सहयोग आवश्यक पर्छ।

आयको प्रमाणका कागजातहरू आवश्यक पर्ने/नपर्ने कुरा तपाईंका आर्थिक अवस्थाहरूमा निर्भर रहनेछ।

तपाईंको आर्थिक सहायता मामिलाको परिणाम निर्धारण गर्नका लागि निम्नमध्ये कुनै पनि वा सबै कागजातहरू आवश्यक पर्न सक्छन्।

1. सबै रोजगारीका तलबका भुक्तानी रसिदहरू – प्रत्येक जागिरका लागि हालका 3 वटा तलबका भुक्तानी रसिदहरू।
2. सामाजिक सुरक्षा वा पेन्सनको विवरण
3. स्व-रोजगारमा रहेको व्यक्तिले हालसालैमा दायर गरेको क्यालेन्डर वर्ष र 3 महिनाको विस्तृत व्यक्तिगत बैंक विवरणबाट व्यक्तिगत कर विवरण (ट्याक्स रिटर्न) अनिवार्य रूपमा उपलब्ध गराउनुपर्छ।
 - a. कर विवरण = व्यक्तिगत 1040 प्लस अनुसूची 1 र अनुसूची 1 मा सन्दर्भित अन्य कुनै पनि अनुसूचीहरू
4. सम्बन्धित समयविधिमा सबै रोजगारीका लागि W-2 वा 1099 विवरण।
5. बेरोजगारी लाभहरू - बेरोजगारी क्षतिपूर्ति स्वीकार वा अस्वीकार गर्ने फारामहरू।
6. बच्चाको भरणपोषण खर्चबाट हुने आयको प्रमाण – अटर्नी जनरलको सारांशलाई प्राथमिकता दिइन्छ।
7. उपलब्ध स्रोतहरूको प्रमाण – विस्तृत व्यक्तिगत बैंक विवरण
8. Medicaid र/वा राज्यद्वारा आर्थिक सहयोग प्रदान गरिने चिकित्सा सहायता (Medical Assistance) का लागि योग्यता स्वीकार वा अस्वीकार गर्ने फारामहरू।
9. रोजगारदाता वा कल्याणकारी एजेन्सीहरूबाट प्राप्त लिखित विवरण।
10. खाद्यान्न तथा आश्रयसम्बन्धी आवश्यकताहरू उपलब्ध गराउने पक्षबाट हस्ताक्षर गरिएको सहायतासम्बन्धी पत्र।
11. कामदारको क्षतिपूर्ति आयको प्रमाण
12. अल्पकालीन अपाङ्गताको आय वा दीर्घकालीन अपाङ्गताको आयको विवरण
13. SNAP लाभहरूका लागि योग्यता स्वीकार वा अस्वीकार गर्ने फारामहरू।

आर्थिक सहायताका लागि आवेदन – पृष्ठ 1

बिरामीको नाम / Patient Name:	थर / Last	पहिलो नाम / First	बीचको नाम प्रथमाक्षर / MI
सामाजिक सुरक्षा # / Social Security #	जन्ममिति / DOB:		खाता # / Account #:
विवाहित / Married	अविवाहित / Single	सम्बन्धविच्छेद भएको / Divorced	विधवा/विधुर / Widowed
के तपाईंका नाबालिग बच्चाहरू (18 वर्षमुनिका) छन्? / Do you have minor children (under 18)?	छन् / Yes	छैनन् / No	
के उनीहरू तपाईंसँगै बस्छन्? / Do they live with you?	बस्छन् / Yes	बस्दैनन् / No	
के उनीहरू तपाईंले जन्माएका/कानुनी रूपमा धर्मसन्तान राखिएका बच्चाहरू हुन्? / Are they your birth/legally adopted children?	हुन् / Yes	होइनन् / No	
के बिरामीले काम गर्नुहुन्छ? / Patient Employed?	गर्नुहुन्छ / Yes	गर्नुहुन्न / No	
के जीवनसाथीले काम गर्नुहुन्छ? / Spouse Employed?	गर्नुहुन्छ / Yes	गर्नुहुन्न / No	
के तपाईंको चिकित्सा बीमा छ? / Do you have medical insurance?	छ / Yes	छैन / No	
के तपाईं हेल्थसेयर/खर्च बाँडफाँड गर्ने योजनाको सदस्य हुनुहुन्छ? / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan?	छु / Yes	छैन / No	
के तपाईंले अपाङ्गता लाभ पाउनुहुन्छ? कति समय भयो? / Are you on disability? How long? ____	छु / Yes	छैन / No	
के तपाईं सेवानिवृत्त सैनिक हो? / Are you a veteran?	हो / Yes	होइन / No	

परिवारका सदस्यहरू – (घरमा बस्ने)

जीवनसाथी / Spouse: _____

बच्चा / Child: _____ उमेर / Age: _____

बच्चा / Child: _____ उमेर / Age: _____

बच्चा / Child: _____ उमेर / Age: _____

बच्चा / Child: _____ उमेर / Age: _____

आय (मासिक रकम):

	सकल / Gross	शुद्ध / Net	खर्चहरू / Expenses	मासिक रकम / Monthly Amount
बिरामी / Patient	\$ _____	\$ _____	मोर्टगेज/भाडा / Mortgage/Rent	\$ _____
जीवनसाथी / Spouse	\$ _____	\$ _____	उपयोगिता सेवाहरू / Utilities	\$ _____
आश्रितहरू / Dependents	\$ _____	\$ _____	कारको भुक्तानी / Car Payments	\$ _____
सार्वजनिक सहायता / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	खाद्यान्न / किराना सामानहरू / Food / Groceries	\$ _____
फुड स्ट्याम्पहरू / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	क्रेडिट कार्डहरू / Credit Cards	\$ _____
सामाजिक सुरक्षा / Social Security	\$ _____	\$ _____	अन्य / Other (कृपया उल्लेख गर्नुहोस् / please specify)	\$ _____
बेरोजगार / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
हडतालका लाभहरू / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		\$ _____
कामदारको क्षतिपूर्ति / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	जम्मा / TOTAL	\$ _____
मानाचामल खर्च / Alimony	\$ _____	\$ _____		
बच्चाको भरणपोषण खर्च / Child Support	\$ _____	\$ _____		
सैन्य आवंटनहरू / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		
पेन्सनहरू / Pensions	\$ _____	\$ _____		
निम्नबाट आय: CD को भाडा, लाभांश ब्याज / Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest	\$ _____	\$ _____		
जम्मा / TOTAL	\$ _____	\$ _____		

सम्पत्ति

चालू खाता / Checking Account \$ _____

बचत खाता / Savings Account \$ _____

CD, IRA / CD's, IRA's \$ _____

अन्य लगानीहरू (स्टक, बन्डहरू आदि) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.) \$ _____

प्राथमिक निवास बाहेकका सम्पत्ति/जग्गाजमिन / Properties/Land other than primary residence \$ _____



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 वा 800.890.6034 |
फ्याक्स 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

आर्थिक सहायताका लागि आवेदन – पृष्ठ 2

रोजगारदाताको नाम / <i>Name of Employer</i>	_____	जीवनसाथीको रोजगारदाता / <i>Spouse's Employer:</i>	_____
टेलिफोन # / <i>Telephone #</i>	_____	टेलिफोन # / <i>Telephone #</i>	_____
रोजगारदाताको ठेगाना / <i>Employer Address</i>	_____	रोजगारदाताको ठेगाना / <i>Employer Address</i>	_____
पेशा / <i>Occupation</i>	_____	पेशा / <i>Occupation</i>	_____

के तपाईंले हाल Medicaid लाभहरूका लागि आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ ? / <i>Are you currently applying for Medicaid Benefits?</i>	_____	हो / Yes	_____	होइन / No
के तपाईंले आफ्नो काउन्टीको अस्पताल/विपन्न कार्यक्रममार्फत सहायताका लागि आवेदन दिनुभएको छ ? / <i>Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?</i>	_____	छु / Yes	_____	छैन / No
के तपाईंको चिकित्सकले आफ्ना सेवाहरू दानमा दिंदै हुनुहुन्छ ? / <i>Is your physician donating his/her services?</i>	_____	हुनुहुन्छ / Yes	_____	हुनुहुन्न / No
के तपाईंको दुर्घटना/चोटपटक/बिमारीका लागि कुनै सम्भावित उत्तरदायी तेस्रो-पक्ष जिम्मेवार छन् ? / <i>Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?</i>	_____	छन् / Yes	_____	छैनन् / No
के कसैले तपाईंको Texas Health का चिकित्सा बिलहरूको भुक्तानीमा सहयोग गर्दै हुनुहुन्छ ? / <i>Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?</i>	_____	हुनुहुन्छ / Yes	_____	हुनुहुन्न / No
तपाईंलाई कसले सहयोग गरिरहनुभएको छ ? / <i>Who is assisting you?</i>	_____			
तपाईंले कतिको सहयोग प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ ? / <i>How much assistance are you receiving?</i>	_____			

तपाईंको Texas Health का चिकित्सा बिलहरू भुक्तानी गर्नमा सहायताका लागि तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्न हामीलाई सहयोगी हुने जस्तो लाग्ने कुनै पनि अन्य जानकारी सूचीबद्ध गर्नुहोस् । /
List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

तपाईंको बिमारीको कारणले तपाईंको बिदाको समयमा तपाईंले प्राप्त गर्नुहुने अपेक्षित कमाई र/वा आर्थिक सहयोगहरू । /
Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.

(बिरामी बिदा, तलबी बिदा, अल्पकालीन/दीर्घकालीन अपाङ्गताको आय) /
(Sick leave, paid time off, short/long term disability income).

\$ _____

तपाईंले काम गर्न र/वा ज्याला कमाउन असक्षम हुने अपेक्षित समयवधि: /
Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:

Texas Health Resources ले यस आवेदनको मूल्याङ्कनका सम्बन्धमा यस आवेदनमा समावेश वित्तीय जानकारी प्रमाणित गर्न सक्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु र यसैद्वारा म Texas Health लाई उपलब्ध गराइएको जानकारी प्रमाणित गर्न र क्रेडिट रिपोर्टिङ एजेन्सीहरूबाट रिपोर्टहरू अनुरोध गर्नका लागि मेरो रोजगारदातालाई सम्पर्क गर्न अधिकार प्रदान गर्छु । यस जानकारीलाई आर्थिक सहायताका लागि मेरो योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिनेछ र यस आवेदनमा जानकारी झुटो ठहर भएको खण्डमा आर्थिक सहायता अस्वीकार गर्न सक्छ भन्ने कुराबारे म सचेत छु । कुनै पनि आर्थिक सहायताको स्वीकृति तेस्रो-पक्ष वा अन्य स्रोतबाट पुनः प्राप्तिको अवस्थामा पूर्ण वा आंशिक रूपमा उल्टाउन सकिन्छ भन्ने कुरा पनि म बुझ्दछु ।

[तेस्रो पक्षको दायित्व मात्र] मैले प्राप्त गरेको कुनै पनि आर्थिक सहायता स्याहारलाई अस्पतालले मैले तिर्न बाँकी रहेको कुनै पनि रकमको प्रतिपूर्तिका लागि अस्पतालको ग्रहणाधिकारबाट छुटको रूपमा व्याख्या गर्ने छैन र यो अस्पताल भर्नासँग सम्बन्धित मैले प्राप्त गरेको कुनै पनि प्रतिपूर्ति Texas Health Resources लाई अनिवार्य रूपमा पठाइनुपर्छ भन्ने कुरा पनि म बुझ्दछु ।

अनुरोध गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर, यदि बिरामी भएमा / <i>Signature of Person Making Request, If Patient</i>	_____	मिति / Date	_____
--	-------	-------------	-------

अनुरोध गर्ने व्यक्तिको हस्ताक्षर, यदि बिरामी नभएमा / <i>Signature of Person Making Request, If Not Patient</i>	_____	नाता / Relationship	_____
---	-------	---------------------	-------

बिरामीको ठेगाना / <i>Patient's Address</i>	_____	सहर / <i>City</i>	_____	राज्य / <i>State</i>	_____	जिप / <i>ZIP</i>	_____	काउन्टी / <i>County</i>	_____	घरको टेलिफोन नम्बर / <i>Home Telephone Number</i>	_____
---	-------	----------------------	-------	-------------------------	-------	---------------------	-------	----------------------------	-------	---	-------