

अस्पताल हेरचाह आश्वासन कार्यक्रम (एचसीएपी) वा वित्तीय सहायताट्रिनिटीको लागि गोपनीय आवेदन

Trinity Health का सुविधा स्थल र चिकित्सकहरूद्वारा प्रदान गरिएका अस्पताल र व्यावसायिक सेवाहरूका लागि

निजी र गोपनीय

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

ग्यारेन्टर: Guarantor smarttext

केस नम्बर: smarttext

केसमा समावेश गरिनुपर्ने बिरामी:

- smarttext patient name(s)

आदरणीय patient name smarttext,

तपाईंको स्वास्थ्य स्याहार प्रदायकका रूपमा RHM smarttext चयन गर्नुभएकोमा धन्यवाद। कृपया आफ्नो वित्तीय सहायताको मूल्याङ्कन पूरा गर्नका लागि संलग्न आवेदन भरेर तल रहेको ठेगानामा फिर्ता गर्नुहोस्।

तपाईंसँग कुनै पनि प्रश्न भएमा कृपया हाम्रो ग्राहक सेवा केन्द्रलाई सोमवारदेखि शुक्रवारसम्म, बिहान 9:00 बजेदेखि साँझ 5:00 बजे इस्टर्न समयको बिचमा 800-494-5797 नम्बरमा सम्पर्क गर्नुहोस्।

भवदीय,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

RHM smarttext को तर्फबाट

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

अस्पताल हेरचाह आश्वासन कार्यक्रम (एचसीएपी) वा वित्तीय सहायताट्रिनिटीको लागि गोपनीय आवेदन

Trinity Health का सुविधा स्थल र चिकित्सकहरूद्वारा प्रदान गरिएका अस्पताल र व्यावसायिक सेवाहरूका लागि

कृपया आवेदन फाराम भरेर हस्ताक्षर गर्नुहोस् र निम्नका प्रतिसहित 10 दिनभित्रमा फिर्ता गर्नुहोस्:

आवश्यक कागजात

- कुल आमदानीको विगत एक महिनाको प्रमाण विगत तीन महिनाको सकल आयको प्रमाण (यदि एचसीएपीको लागि आवेदन गरेमा)
- सबै बैंक खाताका लागि सबै पृष्ठ समावेश भएको विगत दुई महिनाको पूरा बैंक स्टेटमेन्ट (रिकरिड डिपोजिटको स्पष्टीकरण)
- हालको ट्याक्स रिटर्न (कार्यतालिका C, E वा F भएको 1040 फाराम) वा तीन महिनादेखिको नाफा र घाटाको विवरण (स्वयं रोजगार/आश्रितहरूका लागि)

लागूयोग्य भएमा निम्न उपलब्ध गराउनुहोस्

- मौसमी आयका लागि हालको W2
- बेरोजगारी लाभ/अस्वीकार पत्र
- बाल सहायता आय/भत्ता
- कुनै आय नभएको -आवेदनको वित्तीय समर्थन भागको पूर्ण पत्र

बिरामीको जानकारी

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------|---------|
| बिरामीको नाम | | जन्म मिति | |
| सामाजिक सुरक्षा/EIN नम्बर (वैकल्पिक) | मोबाइल फोन | अन्य फोन | |
| मेल गर्ने ठेगाना | सिटी | राज्य | जिप कोड |
| इमेल ठेगाना | तपाईं कुन राज्यको बासिन्दा हो? | | |
| वैवाहिक स्थिति <input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> सम्बन्ध विच्छेद भएको <input type="checkbox"/> अन्य _____ | | | |

अस्पताल सेवा को मिति (हरु) : _____ को _____

तपाईं संघीय कर रिटर्न दायर गर्नुहुन्छ? गर्छु गर्दिन
गर्नुहुन्न भने किन? तपाईंलाई अरु कसैको कर रिटर्नमा निर्भर भनी दाबी गर्न सकिन्छ? सकिन्छ सकिँदैन

तपाईं वा तपाईंको आश्रितसँग सेवाको समयमा स्वास्थ्य बीमा कभरेज थियो? थियो थिएन (बीमा कार्डको प्रति उपलब्ध गराउनुहोस्)

तपाईं संयुक्त राज्य अमेरिकाको एक दस्तावेज निवासी हुनुहुन्छ? हुनुहुन्छ हुनुहुन्न उत्तर दिन चाहन्न

| तपाईंको हालैको कर विवरणको आधारमा तपाईं सहित परिवारका सदस्यहरू | जन्ममिति | बिरामीसँग सम्बन्ध[सम्पादन गर्ने] | अस्पताल सेवा अघि 3 महिनाको लागि आय | अस्पताल को सेवा अघि 12 महिना को लागि आय | ट्याक्स रिटर्नमा दावी गरिएको (वाई / एन) |
|---|----------|----------------------------------|------------------------------------|---|---|
| (रोगी) | | स्वयं | | | |
| | | | | | |

अस्पताल हेरचाह आश्वासन कार्यक्रम (एचसीएपी) वा वित्तीय सहायताट्रिनिटीको लागि गोपनीय आवेदन

Trinity Health का सुविधा स्थल र चिकित्सकहरूद्वारा प्रदान गरिएका अस्पताल र व्यावसायिक सेवाहरूका लागि

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

सबै परिवारका सदस्यहरूका लागि आय प्रमाणीकरण

| मासिक आय स्रोत | यसलाई कसले प्राप्त गर्ने? | कुल मासिक आम्दानी (करभन्दा अगाडि) | मासिक आय स्रोत | यसलाई कसले प्राप्त गर्ने? | कुल मासिक आम्दानी (करभन्दा अगाडि) |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| ज्याला | | | कामदारको क्षतिपूर्ति | | |
| सामाजिक सुरक्षा/असक्षमता | | | बेरोजगार | | |
| पेन्सन | | | बाल समर्थन/भत्ता | | |
| स्वयं-रोजगार | | | भाडा जग्गा आम्दानी | | |
| सार्वजनिक सहायता | | | अन्य | | |

वित्तीय समर्थनको पत्र-समर्थन उपलब्ध गराउने व्यक्तिद्वारा मात्र पूरा गरिनुपर्ने

- म बिरामीको जीवनयापनका खर्चका लागि 50% भन्दा बढी समर्थन उपलब्ध गराउँछु तर म मेडिकल बिलहरूमा मद्दत गर्न असमर्थ छु।
- यस पत्रमा हस्ताक्षर गरेर, म माथिको विवरण सही छ र म बिरामीका बिलहरूका लागि कुनै पनि हालतमा उत्तरदायी हुने छैन भन्ने कुरा प्रमाणित गर्छु। तपाईंसँग कुनै प्रश्न भएमा कृपया मलाई _____ (फोन नम्बर) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

समर्थन उपलब्ध गराउने व्यक्तिको नाम

बिरामीसँगको सम्बन्ध

समर्थन उपलब्ध गराउने व्यक्तिको हस्ताक्षर

मिति

आय र पहिचानको प्रमाणिकरण

म यस आवेदनमा सूचीबद्ध गरिएको जानकारी मेरो ज्ञानअनुसार सत्य र पूर्ण छ भनी प्रमाणित गर्छु। म उपलब्ध गराइएको जानकारी प्रमाणीकरणसँग सम्बन्धित छ भन्ने कुरा बुझ्छु। माथिको जानकारी गलत बहानामा प्रदान गरिएको खण्डमा Trinity Health का सम्बद्धलाई उपलब्ध गराइएको कुनै पनि सेवाको भुक्तानीका लागि म जिम्मेवार हुने छु।

बिरामीको हस्ताक्षर : _____ मिति : _____

वा कानुनी अभिभावकको हस्ताक्षर (लागू भएमा) : _____ मिति : _____

बिरामीसँगको सम्बन्ध : _____ मिति : _____

कृपया आफ्नो आवेदन माथिको ठेगानामा मेल गर्नुहोस्, 312-871-3350 मा फ्याक्स गर्नुहोस् र वा MyChart (बिरामी पोर्टल) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> मार्फत कागजातहरू अपलोड गर्नुहोस् तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने कृपया हाम्रो ग्राहक सेवा केन्द्रलाई सोमवारदेखि शुक्रवार, इस्टर्न समय बिहान 9 बजेदेखि साँझ 5 बजेसम्म 800-494-5797 मा सम्पर्क गर्नुहोस्।