

**वित्तीय कठिनाई खुलासा फाराम**  
(घरपरिवारको वार्षिक कुल आय र आश्रितहरूको आधारमा)

बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_ जन्म मिति: \_\_\_\_\_  
थर \_\_\_\_\_ नाम \_\_\_\_\_

पति/पत्नी/पार्टनर: \_\_\_\_\_  
थर \_\_\_\_\_ नाम \_\_\_\_\_

बिरामीको ठेगाना: \_\_\_\_\_  
पत्राचार/स्ट्रिट ठेगाना \_\_\_\_\_

शहर \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ जिप कोड \_\_\_\_\_

घरपरिवारको वार्षिक कुल आय \$ \_\_\_\_\_  
घरपरिवारका सदस्यहरूको सङ्ख्या (बिरामी, बिरामीको पति/पत्नी/पार्टनर र आश्रितहरू) \_\_\_\_\_  
वयस्क: \_\_\_\_\_  
नाबालिग: \_\_\_\_\_

बीमा प्लान: \_\_\_\_\_

बिरामीको कटौती राशी/सहभुक्तानी/सहबीमा: \_\_\_\_\_

के थेरापी WC, MVA वा दायित्वको दाबीको कारणले गर्दा हो ? हो  होइन

यदि हो भने के तपाईंसँग अटर्नी हुनुहुन्छ ? हो  होइन

अटर्नीको नाम: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

निर्णय लिनका लागि आयसम्बन्धी कागजातहरू अनिवार्य रूपमा आवेदनसँगै उपलब्ध गराइनुपर्छ । आवश्यक पर्ने आयसम्बन्धी कागजातहरूमा घरपरिवारका सबै सदस्यहरूको सबैभन्दा पछिल्लो आयकर विवरण र आयको प्रमाण रहन्छन् जसमा निम्नलगायत तर तिनीहरूमा मात्र सीमित नहुने कागजातहरू पर्दछन्: सबैभन्दा पछिल्लो 3 वटा तलबको भुक्तानी रसिदहरू, सामाजिक सुरक्षाको विवरण, अपाङ्गता वा सेवानिवृत्त भुक्तानीहरू इत्यादि । यदि सङ्घीय आयकर दाखिला गर्न आवश्यक पर्दैन भने MEDICARE बिरामीहरूले अहिलेको वर्षका लागि प्राप्त गरेको कुल मासिक रकम देखाउने आफ्नो सामाजिक सुरक्षा विवरणको प्रति पेश गर्न सक्छन् । निर्णय लिनमा सहयोग गर्नका लागि थप जानकारी अनुरोध गर्न सकिनेछ ।

तल हस्ताक्षर गर्ने म उपरोक्त जानकारी ठीक तथा सही छ भनेर प्रमाणित गर्दछु । यदि मैले झुटो वा गलत जानकारी उपलब्ध गराएमा Select Medical को विवेकमा मलाई कम्तीमा पनि एक वर्षको अवधिका लागि वित्तीय कठिनाई (Financial Hardship) कार्यक्रमका लागि आवेदन दिन वा त्यसमा सहभागी हुनबाट हटाइनेछ भन्ने कुरा म बुझ्दछु । वित्तीय कठिनाईलाई प्रभावित गर्न थप जानकारी निर्धारण गरिएमा छुटको रकम परिवर्तन हुन सक्ने कुरा म बुझ्दछु ।

अभिभावक / संरक्षकको हस्ताक्षर	स्पष्ट अक्षरमा पूरा नाम	मिति
साक्षीको हस्ताक्षर	स्पष्ट अक्षरमा पूरा नाम	मिति
वित्तीय कठिनाईको आधारमा छुटको रकम (CBO द्वारा पूरा गरिनुपर्ने)	_____ %	
CBO सेवाग्राही सेवा सुपरभाइजर स्वीकृति हस्ताक्षर	स्पष्ट अक्षरमा पूरा नाम	मिति
CBO सेवाग्राही सेवा म्यानेजर स्वीकृति हस्ताक्षर	स्पष्ट अक्षरमा पूरा नाम	मिति
सेन्टर	बिरामीको एकाउन्ट नम्बर	डाटाबेस