



आर्थिक सहायता आवेदन प्रक्रियाको क्रममा गरिने कार्यहरू वर्णन गर्दछ।

Summa Rehab Hospital
A partnership with
Ernest Health

Summa Rehab Hospital च्यारिटी कार्यक्रम
बीमा नगरिएका बिरामी छुट कार्यक्रम

कृपया सबै जानकारी प्रिन्ट गर्नुहोस्

बिरामीको नाम (थर, नाम, MI)		सामाजिक सुरक्षा नं.	जन्ममिति
स्ट्रिट ठेगाना	सहर	राज्य	जिप कोड
दिनभरिको फोन नम्बर			
<input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> विधवा <input type="checkbox"/> *सम्बन्ध विच्छेद	सेवाका समयमा रोजगारीको स्थिति <input type="checkbox"/> रोजगारी <input type="checkbox"/> सेनानिवृत्त <input type="checkbox"/> बेरोजगार	1. तपाईं त्यस समयमा ओहायो बासिन्दा हुनुहुन्थ्यो तपाईंको अस्पताल सेवा? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	
सेवाको मिति	अस्पतालको खाता नं.	2. तपाईं यहाँ सक्रिय मेडिकेड प्राप्तकर्ता हुनुहुन्थ्यो तपाईंको अस्पताल सेवाको समय? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन छ भने, MEDICAID बिलिङ नम्बर:	
आवेदनले बिरामीको बसाइ र/वा तीन महिना (सेवा महिना र त्यसपछिका दुई महिना) लाई समेट्छ		3. तपाईं सक्रिय रूपमा अपाङ्गता प्राप्तकर्ता हुनुहुन्थ्यो तपाईंको अस्पतालको समयमा सहायता सेवा? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	
जीवनसाथीको नाम (थर, नाम, MI)	सेवाका समयमा रोजगारीको स्थिति <input type="checkbox"/> रोजगारी <input type="checkbox"/> सेनानिवृत्त <input type="checkbox"/> बेरोजगार	सामाजिक सुरक्षा नं.	जन्ममिति

"परिवार" मा बिरामी, बिरामीको जीवनसाथी * (उहाँहरू घरमा बस्नुहुन्छ कि बस्नुहुन्न भन्ने कुराको पर्वाह नगरी) र बिरामीका 18 वर्ष मुनिका सबै बच्चाहरू, प्राकृतिक वा धर्मपुत्र, घरमा बस्ने समावेश छन्। बिरामीको उमेर 18 वर्षभन्दा कम छ भने, "परिवार" भन्नाले रोगी, रोगीका जैविक वा दत्तक आमाबुबा (उहाँहरू घरमा बस्नुहुन्छ कि बस्नुहुन्न भन्ने कुराको पर्वाह नगरी) र घरमा बस्ने आमाबुबाका 18 वर्षभन्दा कम उमेरका सन्तानहरू समावेश हुन्छन्।

परिवार सदस्यको नाम	जन्ममिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	सेवा सुरु भएको तीन महिनाअधिको कुल आम्दानी	आयको स्रोत वा रोजगारदाताको नाम
(बिरामी)		स्वयं		
(जीवनसाथी)				
परिवारमा कुल व्यक्तिहरू		कुल पारिवारिक आम्दानी		

\$0 आय विवरण:

सेवा मितिको तीन महिना अघिसम्म आधारभूत खाद्यान्न/आवास आवश्यकताहरू कसरी पूरा भएको थियो भन्ने संक्षिप्त विवरण प्रदान गर्नुहोस्

घरमा नबस्ने जीवनसाथी वा आमाबुबाको आम्दानी पनि आवश्यक छ तर उहाँहरूले घरपरिवारलाई आर्थिक रूपमा योगदान गर्नुहुन्न भने, "योगदान गर्दैन" भनेर INCOME बलकमा उल्लेख गर्नुहोस्।
आय प्रमाणीकरणमा कर अधिको कुल आय, पेन्सन, SSI/SSD/बेरोजगारी लाभ, अलिमोनी, बाल समर्थन (बच्चा बिरामी हो भने), सैनिक लाभ, (IRA), 401(k), 401(b) जस्ता खाताबाटको वितरणको प्रतिलिपिहरू समावेश गरिएको छ।
तपाईंले सामाजिक सुरक्षा वा अशक्तता लाभ प्राप्त गर्नुहुन्छ भने, आय प्रमाणीकरण पत्र वा तपाईंको नवीनतम 1099 फाराम पेश गर्न सकिन्छ। प्रमाणीकरण पत्र सामाजिक सुरक्षा प्रशासनमा 800-772-1213 मा फोन गरेर प्राप्त गर्न सकिन्छ।

म, तल हस्ताक्षर गर्नेले, Summa Rehab Hospital मार्फत आर्थिक सहयोगका लागि विचार गरिन उपरोक्त जानकारी प्रदान गरेको छु र; मेरो ज्ञानअनुसार, यो सत्य र सही जानकारी हो भनी घोषणा गर्दछु, र; म Summa Rehab Hospital ले ओहायो रोजगार तथा परिवार सेवा विभाग (ODJFS) को नियमअनुसार यो कार्यक्रम परिमार्जन वा रद्द गर्ने अधिकार सुरक्षित राख्छ भनेर बुझ्छु।

X
 (बिरामी वा बिरामीको कानुनी प्रतिनिधिले हस्ताक्षर गरेमात्र आवेदन मान्य हुने छ) _____ (मिति) _____
 (अस्पताल प्रतिनिधिको हस्ताक्षर/विभाग वा एजेन्सी) _____ (मिति) _____