

Summa आर्थिक सहायता आवेदन जाँचसूची:

कृपया तपाईंको वित्तीय सहायता आवेदनसँग आवश्यक कागजातहरू समावेश गरिएको छ कि छैन भन्ने सुनिश्चित गर्न यो सूची प्रयोग गर्नुहोस्।

आवेदनमा उल्लेख गरिएको "Family" (परिवार) अन्तर्गत परिभाषित सबै परिवारका सदस्यहरूका लागि फोटो भएको परिचयपत्र र आम्दानी प्रमाणीकरण आवश्यक छ।

परिचयपत्र:

- ☐ फोटो आइडी/ड्राइभरको लाइसेन्स/पासपोर्ट
- ☐ ओहायो आवासीय प्रमाण (युटिलिटी बिल, केबल, टेलिफोन, घरबेटीको पत्र)

अन्य स्वास्थ्य बीमाको प्रमाण: आवेदनसँगै सम्बन्धित कागजात उपलब्ध गराउनुहोस्

- ☐ स्वास्थ्य बीमा (VA लाभ, Medicare, Medicaid, व्यावसायिक)
- ☐ कामदार क्षतिपूर्ति
- ☐ सवारी साधन दुर्घटना कभरेज

आय प्रमाणीकरण: **प्राप्तकर्ता/कर्मचारीको नाम देखिनु पर्नेछ**

बेरोजगार, आम्दानी \$0

- ☐ सेवाको मितिभन्दा अधिक 3 महिनामा आधारभूत खाना/आवास आवश्यकता कसरी पूरा गरियो भन्ने विवरण

बेरोजगार, बेरोजगारी भत्ता प्राप्त गर्ने

- ☐ सेवाको मितिभन्दा अधिक 3 महिनाको बेरोजगारी भुक्तानी इतिहास

स्वरोजगार/1099 (तल उल्लेखितमध्ये एउटा पेश गर्नुहोस्)

- ☐ हालसालैको हस्ताक्षरित कर विवरण अनुसूची C फारम र 1099 समेत (दाखिला गर्ने म्याद बढाइएको छ भने, हालको वर्षको जुन महिनासम्म अघिल्लो वर्षको कर विवरणी स्वीकार गरिने छ)
- ☐ कम्पनी वा एकल व्यक्तिबाट तलब पाएको भए नियोक्ताबाट विवरणपत्र र सेवाको मितिभन्दा अधिक 6 महिनाका बैंक विवरणहरू

परम्परागत रोजगारी/W2 (तल उल्लेखितमध्ये एउटा पेश गर्नुहोस्)

- ☐ साप्ताहिक तलब पाउने? सेवाको मितिभन्दा अधिक 12 वटा तलब रसिदहरू
- ☐ मासिक दुई पटक तलब पाउने? सेवाको मितिभन्दा अधिक 6 वटा तलब रसिदहरू
- ☐ नगद/व्यक्तिगत चेकमा तलब पाएको भए? नियोक्ताबाट पत्र र सेवाको मितिभन्दा अधिक 3 महिनाका बैंक विवरणहरू आवश्यक
- ☐ हालसालैको हस्ताक्षरित कर विवरणी, W2 र सेवाको मितिभन्दा अधिक 3 महिनाका बैंक विवरणहरू (दाखिला गर्ने म्याद बढाइएको भएमा हालको वर्षको जुन महिनासम्म अघिल्लो वर्षको कर विवरण स्वीकार गरिने छ)

सेवानिवृत्त

- ☐ सामाजिक सुरक्षा अवकाश वा अतिरिक्त आम्दानी लाभ
सामाजिक सुरक्षा प्रशासनलाई 1-800-772-1213 मा फोन गरेर प्रमाणीकरण पत्र प्राप्त गर्न सकिन्छ
- ☐ पेन्सन वा अवकाश खाताबाट प्राप्त रकम (IRA, 401k, 403b)

अन्य आम्दानीको प्रमाणीकरण: **प्राप्तकर्ताको नाम देखिनु पर्नेछ**

- ☐ पोषण भत्ता
- ☐ बाल सहायता *आवेदक/बिरामी बच्चा भएमा मात्र*
- ☐ अन्य (भाडाबाट आम्दानी, आदि)
- ☐ पूर्वसैनिक अपाङ्गता क्षतिपूर्ति
- ☐ सामाजिक सुरक्षा अपाङ्गता वा उत्तरजीवी लाभहरू

सामाजिक सुरक्षा प्रशासनलाई 1-800-772-1213 मा फोन गरेर प्रमाणीकरण पत्र प्राप्त गर्न सकिन्छ



वित्तीय सहायताको आवेदन

- ओहायो अस्पताल हेरचाह आश्वासन कार्यक्रम (Hospital Care Assurance Program, HCAP)
- स्वास्थ्य सेवाको वित्तीय सहायता कार्यक्रम

कृपया सबै जानकारी स्पष्ट अक्षरमा लेख्नुहोस्

बिरामीको नाम (थर, नाम, बिच)		सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म मिति
स्ट्रिट ठेगाना, सहर, राज्य, जिप कोड			दिनको फोन
सेवाको मिति	अस्पतालको खाता नम्बर	तपाईं बीमाकृत हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन	☐ एकल ☐ विवाहित ☐ विधवा ☐ छुट्टिएर बसेको*
सेवाको समयमा रोजगारीको स्थिति: ☐ रोजगार ☐ अवकाशप्राप्त ☐ बेरोजगार			
तपाईं अस्पताल सेवाको समयमा ओहायो निवासी हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन			
तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा सक्रिय Medicaid प्राप्तकर्ता हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन यदि हो भने Medicaid को बिलिङ नम्बर: _____			
तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा अपाङ्गता सहायताको सक्रिय प्राप्तकर्ता हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन			
जीवनसाथीको नाम (थर, नाम, बिच)		सामाजिक सुरक्षा नम्बर	जन्म मिति
सेवाको समयमा जीवनसाथीको रोजगारीको स्थिति: ☐ रोजगार ☐ अवकाशप्राप्त ☐ बेरोजगार			

“परिवार” मा बिरामी, बिरामीको जीवनसाथी *(उनीहरू घरमा बस्ने वा नबस्ने भए तापनि) र घरमा बस्ने 18 वर्षभन्दा कम उमेरका सबै बिरामीका आफ्नै वा धर्मपुत्र/धर्मपुत्री बालबालिकाहरू पर्छन्। बिरामी 18 वर्षभन्दा कम उमेरको भएमा “परिवार” मा बिरामी, बिरामीको आफ्नै, धर्मपुत्र/धर्मपुत्री(हरू) *(उनीहरू घरमा बस्ने वा नबस्ने भए तापनि) र घरमा बस्ने 18 वर्षभन्दा कम उमेरका सबै बिरामीको बालबालिका पर्छन्।

परिवारको सदस्यको नाम	जन्म मिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	सेवाको महिनाभन्दा अगाडिको तीन महिनाभित्र प्राप्त गरेको कुल आय (शुन्य भएमा तल \$0 आयको विवरण पूरा गर्नुपर्छ)	आयको स्रोत वा रोजगारदाताको नाम
(बिरामी)		(स्वयं)		
परिवारका जम्मा सदस्यहरू:			परिवारको जम्मा आय:	

\$0 आयको विवरण: _____

सेवा सुरु गरेको मितिअघिको तीन महिनाभित्र आधारभूत खाना/हाउजिङका आवश्यकताहरू कसरी पूरा गरिए भन्ने बारेमा संक्षिप्त विवरण प्रदान गर्नुहोस्

* अनुपस्थित जीवनसाथी वा आमाबुवाले घरपरिवारमा योगदान नपुर्याउँदासम्म घरमा नबस्ने जीवनसाथी वा आमाबुवाको आय आवश्यक पर्छ; कागजातमा INCOME ब्लक प्रयोग गर्नुहोस् “योगदान गर्दैन”।

आय प्रमाणीकरणमा करअधिको जम्मा ज्याला, पेन्सन, SSI/SSD/बेरोजगारी लाभ, भत्ता, बाल सहयोग (बच्चा बिरामी छ भने) भेटरान, लाभ, अवकाश खाता (IRA), 401(k) र 403(b) बाट वितरणहरूलगायतका अन्य कुराहरू पर्छन्।

तपाईंले सामाजिक सुरक्षा वा असक्षमताका लाभहरू प्राप्त गर्नुभयो भने आय प्रमाणीकरणको पत्र वा तपाईंको सबैभन्दा हालै 1099 फारम पेश गर्न सकिन्छ। सामाजिक सुरक्षा प्रशासनलाई 1.800.772.1213 मा फोन गरेर प्रमाणीकरण पत्र प्राप्त गर्न सकिन्छ।

तल हस्ताक्षर गर्ने मैले माथिको जानकारी Summa Health सिस्टममार्फत वित्तीय सहायताका बारेमा विचार गर्न प्रदान गरेको छु र;

मेरो ज्ञानले भ्याएसम्म। म यो जानकारी सत्य र सही भएको दाबी गर्छु र;

यी संघीय कोषहरू हुन् र मेरो तर्फबाट उनीहरूको प्रयोगको जिम्मेवारी स्वीकार गर्छु भन्ने कुरा म बुझ्छु र;

Summa Health सिस्टमले ओहायो रोजगार तथा परिवार सेवा विभाग (Ohio Department of Jobs and Family Services, ODJFS) का नियमहरूअनुसार यो कार्यक्रम परिमार्जन वा रद्द गर्ने अधिकार सुरक्षित राख्छ।

X _____
(आवेदन मान्य हुनका लागि बिरामी वा बिरामीको कानुनी प्रतिनिधिले हस्ताक्षर गर्नुपर्छ)

(मिति)

X _____
(अस्पताल प्रतिनिधिको हस्ताक्षर/विभाग वा एजेन्सी)

(मिति)

नीति कथन

Summa Health सिस्टम जाति, उमेर, लिङ्ग, रङ, जातीय पृष्ठभूमि, राष्ट्रिय उत्पत्ति, नागरिकता, प्राथमिक भाषा, धर्म, अपाङ्गता, अशक्तता, शिक्षा, रोजगार वा विद्यार्थीको स्थिति, व्यक्तित्व, सम्बन्ध, बीमा कभरेज, सामुदायिक स्तर वा कुनै पनि भेदभावपूर्ण भिन्न कारकको पर्वाह नगरिकन समुदायका आवश्यकताहरूलाई ध्यान दिएर वित्तीय सहायता प्रदान गर्न प्रतिबद्ध छ। स्वास्थ्य हेरचाह वित्तीय सहायता (Healthcare Financial Assistance, "HFA") भनेको पूर्ण रूपमा Summa Health सिस्टमबाट स्थापित कार्यक्रम हो। यसले आय र अन्य योग्यता मापदण्डहरू पूरा गर्ने स्वास्थ्य बीमा नभएका बिरामी र आंशिक बीमा कभरेज भएका (जस्तै: बीमा नभएका र बीमा भएका) बिरामीहरूलाई समेटेछ।

स्वास्थ्य बीमा मार्केटप्लेस (विनिमय) को सहभागिता

- बिरामीले मार्केटप्लेस/विनिमयमा प्रवेश गर्ने निर्णय गरेका छैनन् भने उनीहरूले त्यसो नगरेसम्म वित्तीय सहायता प्रदान गर्न सकिँदैन। यो नीतिका अपवादहरूमा SNF मा डिस्चार्ज गरिएका बिरामी, कुनै सम्पत्ति नभई मृत्यु भएका बिरामी र बेघर भएको दस्तावेज गरिएका बिरामीहरू पर्छन्।
- बिरामीले बीमाका आवश्यकताहरू पूरा गरेपछि मात्र उनीहरूलाई स्वास्थ्य हेरचाह वित्तीय सहायता प्रदान गर्न सकिन्छ।

वार्षिक आय					
परिवारको आकार	HCAP 100% सङ्घीय आय सम्बन्धी मार्गनिर्देशनहरू 100% छुट	च्यारिटी 101-250% संघीय आयका मार्गनिर्देशनहरू 100% छुट		च्यारिटी 251-400% सङ्घीय आयसम्बन्धी मार्गनिर्देशनहरू रकम सामान्यतया दावीहरूमा आधारित बिल = 86% छुट	
1	\$15,650	\$15,651	\$39,125	\$39,126	\$62,600
2	\$21,150	\$21,151	\$52,875	\$52,876	\$84,600
3	\$26,650	\$26,651	\$66,625	\$66,626	\$106,600
4	\$32,150	\$32,151	\$80,375	\$80,376	\$128,600
5	\$37,650	\$37,651	\$94,125	\$94,126	\$150,600
6	\$43,150	\$43,151	\$107,875	\$107,876	\$172,600
7	\$48,650	\$48,651	\$121,625	\$121,626	\$194,600
8	\$54,150	\$54,151	\$135,375	\$135,376	\$216,600

8 जनाभन्दा बढी सदस्य भएको परिवार/घरपरिवारका लागि, प्रत्येक अतिरिक्त व्यक्तिका लागि \$5,500 थप्नुहोस्

01/01/2025 देखि सुरु हुने सेवाका मितिहरूमा लागू हुने

“परिवार” मा बिरामी, उनीहरूको जीवनसाथी (उनीहरू घरमा बस्ने वा नबस्ने जेभए तापनि) र घरमा बस्ने 18 वर्षमुनिका सबै बिरामीका आफ्नै वा धर्मपुत्र/धर्मपुत्री बालबालिकाहरू पर्छन्। **बिरामी 18 वर्ष मुनिको छ** भने यी कार्यक्रमहरूको उद्देश्यका लागि कानुनी रूपमा धर्मपुत्र नराखिएकाबाहेकलाई सौतेलो छोराछोरी, नातिनातिना, परिवारमा गणना गरिँदैन।

यहाँ उपलब्ध नीति पूरा गर्नुहोस् summahealth.org/patientvisitor.

Summa Health System – Patient Account Services

P.O. Box 2090

Akron, OH 44398-6153



Summa Health System – Akron Campus • Summa Health System – Barberton Campus

FIN-25-76729/CS/TA/07-25/MULTI/NEPALI