

Summa आर्थिक सहायता आवेदन जाँचसूची:

कृपया तपाईंको वित्तीय सहायता आवेदनसँग आवश्यक कागजातहरू समावेश गरिएको छ कछैन भन्ने सुनिश्चिती गर्न यो सूची प्रयोग गर्नुहोस्।

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

परिचयपत्र:

- फोटो आइडी/सवारी चालकको लाइसेन्स/पासपोर्ट
- ओहायो बसोबासको प्रमाण (उपयोगिता बलि, केबल, टेलिफोन, घरधनीबाट प्राप्त पत्र, धर्ती विवरण)

अन्य स्वास्थ्य बीमाको प्रमाण: आवेदनसँगै सम्बन्धित कागजात उपलब्ध गराउनुहोस्।

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

आय प्रमाणीकरण: **प्राप्तकर्ता/कर्मचारीको नाम देखिनु पर्ने छ**

बेरोजगार, आम्दानी \$0।

- सेवाको मतिभिन्दा अघिका 3 महनिमा आधारभूत खाना/आवास आवश्यकता कसरी पूरा गरियो भन्ने विवरण।

बेरोजगार, बेरोजगारी भत्ता प्राप्त गर्ने।

- सेवाको मतिभिन्दा अघिका 3 महनिमा बेरोजगारी भुक्तानी इतिहास

स्वरोजगार/1099 (तल उल्लेखितमध्ये एउटा पेश गर्नुहोस्)

- हालसालैको हस्ताक्षरति कर विवरण अनुसूची C फाराम र 1099 समेत (दाखला गर्ने म्याद बढाइएको छ भने, हालको वर्षको जुन महनिमासम्म अघिल्लो वर्षको कर विवरणी स्वीकार गरिने छ)
- कम्पनी वा एकल व्यक्तबाट तलब पाएको भए नथिकताबाट विवरणपत्र र सेवाको मतिभिन्दा अघिका 6 महनिका बैंकका विवरणहरू।

परम्परागत रोजगारी/W2 (तल उल्लेखितमध्ये एउटा पेश गर्नुहोस्)

- साप्ताहिक तलब पाउने? सेवाको मतिभिन्दा अघिका 12 वटा तलब रसदिहरू
- मासिक दुई पटक तलब पाउने? सेवाको मतिभिन्दा अघिका 6 वटा तलब रसदिहरू
- नगद/व्यक्तगत चेकमा तलब पाएको भए? नथिकताबाट पत्र र सेवाको मतिभिन्दा अघिका 3 महनिका बैंकका विवरणहरू आवश्यक
- सेवा अवधि समाप्त हुनुभन्दा अघिको हालसालै हस्ताक्षर गरिएको कर रिटर्न, W2 र 3 महनिका बैंकका विवरणहरू (दाखला गर्ने म्याद थपिएको अवस्थामा, अघिल्लो वर्षको कर रिटर्न चालू वर्षको जुन सम्म स्वीकार गरिनेछ)

सेवानवित्त

- 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 पर्ने छ**

- पोषण भत्ता
- बाल सहायता *आवेदक/बरिमी बच्चा भएमा मात्र*
- अन्य (भाडाबाट आम्दानी, आर्दा)
- पूर्वसैनिक असक्षमता कषतपूरति
- सामाजिक सुरक्षा असक्षमता वा उत्तरजीवी लाभहरू
सामाजिक सुरक्षा प्रशासनलाई 1-800-772-1213 मा फोन गरेर प्रमाणीकरण पत्र प्राप्त गर्न सकिन्छ





वर्ततीय सहायताका लागि आवेदन

- ओहायो अस्पताल स्याहार आश्वासन कार्यक्रम (HCAP)
- स्वास्थ्य सेवाको वर्ततीय सहायता कार्यक्रम

कृपया सबै जानकारी स्पष्ट अक्षरमा लेख्नुहोस्

बिरामीको नाम (थर, नाम, बचि)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर।	जन्ममिति
स्ट्रिट ठेगाना, सहर, राज्य, जपि कोड		दनिको फोन
सेवाको मिति	अस्पतालको खाता नम्बर	तपाईं बीमाकृत हुनुहुन्छ? <input type="radio"/> हुनुहुन्छ <input type="radio"/> हुनुहुन्न
सेवाको समयमा रोजगारीको स्थिति: <input type="radio"/> रोजगार <input type="radio"/> अवकाशप्राप्त <input type="radio"/> बेरोजगार		<input type="radio"/> एकल <input type="radio"/> विवाहित <input type="radio"/> विधवा <input type="radio"/> छुट्टिएर बसेको*
तपाईं अस्पताल सेवाको समयमा ओहायो नवासी हुनुहुन्थ्यो? <input type="radio"/> हुनुहुन्छ <input type="radio"/> हुनुहुन्न		
तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा सक्रिय Medicaid प्राप्तकर्ता हुनुहुन्थ्यो? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन हो भने Medicaid को बलिडि नम्बर: _____		
तपाईं आफ्नो अस्पताल सेवाको समयमा अपाङ्गता सहायताको सक्रिय प्राप्तकर्ता हुनुहुन्थ्यो? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन		
जीवनसाथीको नाम (थर, नाम, बचि)	सामाजिक सुरक्षा नम्बर।	जन्ममिति
सेवाको समयमा जीवनसाथीको रोजगारीको स्थिति: <input type="radio"/> रोजगार <input type="radio"/> अवकाशप्राप्त <input type="radio"/> बेरोजगार		

“परिवार” मा बिरामी, बिरामीको जीवनसाथी *(उहाँहरू घरमा बस्ने वा नबस्ने भए तापनि) र घरमा बस्ने 18 वर्षभन्दा कम उमेरका सबै बिरामीका आफ्नै वा धर्मपुत्र/धर्मपुत्री बालबालिकाहरू समावेश हुनुहुन्छ। 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 समावेश हुनुहुन्छ।

परिवारको सदस्यको नाम	जन्ममिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	सेवाको महनिभन्दा अगाडिको तीन महनिभित्र 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 महनिभित्र आधारभूत खाना/हाउजडिका आवश्यकताहरू कसरी पूरा गरिए भन्ने बारेमा संक्षिप्त विवरण प्रदान गर्नुहोस्

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

आय प्रमाणीकरणमा करअघिको जम्मा ज्याला, पेन्सन, SSI/SSD/बेरोजगारी लाभ, भत्ता, बाल सहयोग (बच्चा बिरामी छ भने) भेटदान, 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 सक्नुहुन्छ। सामाजिक सुरक्षा प्रशासनलाई 1.800.772.1213 मा फोन गरेर प्रमाणीकरण पत्र प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ।

तल हस्ताक्षर गर्ने मैले माथिको जानकारी Summa Health सिसिममार्फत वर्ततीय सहायताका बारेमा विचार गर्न प्रदान गरेको छु र; मेरो ज्ञानले भ्यापसम्म। म यो जानकारी सत्य र सही भएको दाबी गर्छु र; यी संघीय कोषहरू हुन् र मेरो तर्फबाट उहाँहरूको प्रयोगको जमिमेवारी स्वीकार गर्छु भन्ने कुरा म बुझ्छु र; Summa Health सिसिमले ओहायो रोजगार तथा परिवार सेवा विभाग (ODJFS) का नियमहरूअनुसार यो कार्यक्रम परामर्जन 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)

नीतिकथन

Summa Health ससिस्टम जाति, उमेर, लडिग, रड, जातीय पृष्ठभूमि, राष्ट्रिय उत्पत्ति, नागरकिता, प्राथमकि भाषा, धर्म, अपाङ्गता, अशक्तता, शकिषा, रोजगार वा वडियार्थीको स्थिति, व्यक्तित्व, सम्बन्ध, बीमा कभरेज, सामुदायिक स्तर वा कुनै पनि भेदभावपूर्ण भनिन कारकको परवाह नगरकिन समुदायका आवश्यकताहरूलाई ध्यान दिएर वडितीय सहायता प्रदान गर्न प्रतबिद्ध छ। स्वास्थ्य स्याहार वडितयि सहायता ("HFA") भनेको पूर्ण रूपमा Summa Health ससिस्टमबाट स्थापति कार्यक्रम हो। यसले आय र अन्य योग्यता मापदण्डहरू पूरा गर्ने स्वास्थ्य बीमा नभएका बरिामी र आंशकि बीमा कभरेज भएका (जस्तै: बीमा नभएका र बीमा भएका) बरिामीहरूलाई समेट्छ।

स्वास्थ्य बीमा मार्केटप्लेस (वनिमिय) को सहभागिता

- बरिामीले मार्केटप्लेस/वनिमियमा प्रवेश गर्ने नरिणय गरेका छैनन् भने उहाँहरूले त्यसो नगरे सम्म वडितीय सहायता प्रदान गर्न सकिँदैन। यो नीतिका अपवादहरूमा SNF मा डिस्चार्ज गरिएका बरिामी, कुनै सम्पत्तिभई मृत्यु भएका बरिामी र बेघर भएको दस्तावेज गरिएका बरिामीहरू समावेश हुनुहुन्छ।
- बरिामीले बीमाका आवश्यकताहरू पूरा गरेपछि मात्र उहाँहरूलाई स्वास्थ्य स्याहार वडितीय सहायता प्रदान गर्न सकिन्छ।

परिवारको आकार	वार्षकि आय				
	HCAP 100% सङ्घीय आय सम्बन्धी मार्गनरिदेशनहरू 100% छुट	च्यारटि 101-250% संघीय आयका मार्गनरिदेशनहरू 100% छुट		च्यारटि 251-400% सङ्घीय आयसम्बन्धी मार्गनरिदेशनहरू रकम सामान्यतया दावीहरूमा आधारति बलि = 86% छुट	
1	\$15,960	\$15,961	\$39,900	\$39,901	\$63,840
2	\$21,640	\$21,641	\$54,100	\$54,101	\$86,560
3	\$27,320	\$27,321	\$68,300	\$68,301	\$109,280
4	\$33,000	\$33,001	\$82,500	\$82,501	\$132,000
5	\$38,680	\$38,681	\$96,700	\$96,701	\$154,720
6	\$44,360	\$44,361	\$110,900	\$110,901	\$177,440
7	\$50,040	\$50,041	\$125,100	\$125,101	\$200,160
8	\$55,720	\$55,721	\$139,300	\$139,301	\$222,880

8 जनाभन्दा बढी सदस्य भएको परिवार/घरपरिवारका लागि, प्रत्येक अतिरिक्त व्यक्तिका लागि \$5,680 थपनुहोस् 01/01/2026 देखि सुरु हुने सेवाका मतिहरूमा लागू हुने

“परिवार” मा बरिामी, उहाँहरूको जीवनसाथी (घरमा बस्ने चाहे नबस्ने) र घरमा बस्ने 18 वर्ष मुनिका बरिामीका सबै बालबालकिा, प्राकृतिक वा धर्मपुत्र वा धर्मपुत्री, समावेश हुनुहुन्छ। बरिामी 18 वर्ष मुनिको छ भने, यी कार्यक्रमहरूको उद्देश्यका लागि कानुनी रूपमा धर्मपुत्र नराखिएकाबाहेकलाई सौतेलो छोराछोरी, नातनातनि, परिवारमा गणना गरिँदैन।

पूर्ण नीति Summahealth.org/patientvisitor मा उपलब्ध छ।

सुम्मा स्वास्थ्य प्रणाली – बरिामी खाता सेवाहरू
P.O. Box 2090
Akron, OH 44398-6153



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

FIN-26-80769/TA-GW/02-26/MULTI/NEPALI