

मु बुझ्दछु कि मेरो वार्षिक आय, परिवारको आकार र सम्पत्तिको बारेमा पेश गरिएको जानकारी Spectrum Health को प्रमाणीकरणको अधीनमा रहन्छ । म यो पनि बुझ्दछु कि पेश गरिएको जानकारी झूटा ठहरिएमा, आवेदन अस्वीकृत गरिनेछ र खातामा रहेको बक्यौता रकम भुक्तानी गर्ने दायित्व मेरो हुनेछ ।

तपाईंसँग प्रश्नहरू छन् वा तपाईंलाई आवेदन पूरा गर्न सहयोग चाहिन्छ भने कृपया 844-838-3115 मा फोन गरेर हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस् वा financialcounseling@spectrumhealth.org मा इमेल गर्नुहोस् ।

प्रथम खण्ड: बिरामीको बारेमा जानकारी (स्पष्टसँग लेख्नुहोस्)							
खाता नम्बर		सेवा लिएको मिति			सामाजिक सुरक्षा नम्बर		
नाम (थर, पहिलो नाम, बीचको नाम)					जन्म मिति		
ठेगाना			सहर		राज्य		जिप
घरको फोन ()		सेल फोन ()		अरू फोन ()		देश	
वैवाहिक अवस्था <input type="checkbox"/> एकलो <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> पारपाचुके गरेको <input type="checkbox"/> अन्य		तपाईं United States को प्रमाणित नागरिक हो ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन			सेवा लिएको समयमा तपाईंसँग स्वास्थ्य बिमा वा स्वास्थ्यलाई समेट्ने अरु कुनै बिमा थियो ? <input type="checkbox"/> थियो <input type="checkbox"/> थिएन		
तपाईं संघिय कर विवरण (Federal Tax Return) बुझाउनु हुन्छ ? <input type="checkbox"/> बुझाउँछु <input type="checkbox"/> बुझाउँदिन बुझाउनु हुन्न भने किन बुझाउनु हुन्न ?		प्राथमिक फाइलर (मुख्य रूपमा कर विवरण बुझाउने व्यक्ति) को हो ? <input type="checkbox"/> आफै <input type="checkbox"/> पति/पत्नी <input type="checkbox"/> अरू:			घरमा कसैले सार्वजनिक सहायता प्राप्त गर्छ ? <input type="checkbox"/> नगद <input type="checkbox"/> खाद्यान्न <input type="checkbox"/> अन्य: _____		
दोस्रो खण्ड घरको बारेमा जानकारी (आफ्नो घरमा बस्ने सबै व्यक्तिहरूको बारेमा उल्लेख गर्नुहोस्)							
घरको सदस्यको नाम	जन्म मिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	यी व्यक्तिको नाम तपाईंले बुझाउने संघीय कर विवरणमा उल्लेख गरिएको छ ?	घरको सदस्यको नाम	जन्म मिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	यी व्यक्तिको नाम तपाईंले बुझाउने संघीय कर विवरणमा उल्लेख गरिएको छ ?
1.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	4.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
2.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	5.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
3.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	6.			<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
घरका थप सदस्यहरूको जानकारी अतिरिक्त पृष्ठमा उल्लेख गर्न सकिन्छ ।							

तेस्रो खण्ड: खर्च (परिवारका सदस्यहरूको मासिक खर्च उल्लेख गर्नुहोस्)		यो खण्ड NHSC वा MSLRP CLINICS का लागि जरुरी छैन ।			
घरको किस्ताको भुक्तानी	कारको भुक्तानी	हीटिङ	सेल फोन		
सम्पत्ति कर (वर्ष)	कारको बिमा	बिजुली	किराना सामान		
भाडा/जग्गा भाडा	इन्धन (गाडी)	फोन	शिक्षण		
घर/भाडाको सम्पत्तिको बीमा	बाल हेरचाह/बाल सहायता	पानी/ढल/फोहोर व्यवस्थापन	अन्य: _____		
स्वास्थ्य बिमा/खर्च	जीवन बिमा	केबल/डिस/इन्टरनेट	अन्य: _____		
चौथो खण्ड: आय (घरका सबै सदस्यहरूको आय उल्लेख गर्नुहोस्)					
आय श्रोत	घरका कुन सदस्यले यो आय प्राप्त गर्छन् ?	हालको मासिक कुल आय रकम	मासिक आय श्रोत	घरका कुन सदस्यले यो आय प्राप्त गर्छन् ?	हालको मासिक कुल आय रकम
ज्याला			ज्याला		
स्वरोजगार			स्वरोजगार		
बाल सहायता/Alimony (सम्बन्ध विच्छेदमा प्राप्त हुने आर्थिक सहायता)			बाल सहायता/Alimony (सम्बन्ध विच्छेदमा प्राप्त हुने आर्थिक सहायता)		
सामाजिक सुरक्षा			सामाजिक सुरक्षा		
लगानी/ब्याज			लगानी/ब्याज		
निवृत्तिभरण/लाभांश			निवृत्तिभरण/लाभांश		
बक्सिस/कमिसन			बक्सिस/कमिसन		
भाडाबाट प्राप्त आय			भाडाबाट प्राप्त आय		
जनजाति भए बापत प्राप्त आय			जनजाति भए बापत प्राप्त आय		
बेरोजगार			बेरोजगार		
कामदारलाई दिइने क्षतिपूर्ति			कामदारलाई दिइने क्षतिपूर्ति		
अन्य: _____			अन्य: _____		
पाँचौं खण्ड: घरको सम्पत्ति (परिवारका सदस्यहरूको सम्पत्तिको बारेमा उल्लेख गर्नुहोस्) यो खण्ड NHSC वा MSLRP CLINICS का लागि जरुरी छैन ।					
सम्पत्तिको श्रोत	यो सम्पत्ति घरका कुन सदस्यको स्वामित्वमा छ ?	सम्पत्तिको वर्तमान मूल्य	सम्पत्तिको श्रोत	यो सम्पत्ति घरका कुन सदस्यको स्वामित्वमा छ ?	सम्पत्तिको वर्तमान मूल्य
चालू खाता			सम्पत्तिको (घरको) मूल्य		
चालू खाता #2			सम्पत्ति #2 को मूल्य		
बचत खाता			गाडीको (मुख्य) मूल्य		
बचत खाता #2			गाडी #2 को मूल्य		

CD/ मुद्रा बजार			मोटरसाइकल/ATV/नाउ/ट्रेलर		
401k/403B/IRA/सेवानिवृत्ति			जीवन बिमा (सरेन्डर मूल्य)		
स्टक/ऋणपत्र/वार्षिक भुक्तानी			अन्य: _____		
HSA/ FSA			अन्य: _____		

म तल हस्ताक्षर गरेर मैले यो आवेदन र यसमा समावेश गरिएका कागजातहरूमा उल्लेख गरेको सबै कुरा साँचो छ भनेर प्रमाणित गर्छु ।

जिम्मेवार पक्षको हस्ताक्षर _____ मिति _____

पति/पत्नीको हस्ताक्षर _____ मिति _____

फिर्ता गर्ने ठेगाना: Spectrum Health
Attn: Financial Counseling
 100 Michigan
 Grand Rapids, MI 49503

समावेश गर्नुपर्ने कागजात:

- _____ अन्तिम पटकको कर विवरण
- _____ बैंक खाताको तीन महिनाको पूरा विवरण
- _____ तीन महिनाको आय श्रोतको प्रमाण (भुक्तानी पत्र, आदि)

- _____ वर्तमान लगानीका सबै विवरणहरू
- _____ आवेदन दिएको भए मेडिकेड (Medicaid) को निर्धारण/अस्वीकृति
- _____ कुनै पनि आय छैन भने, सहायता प्रदान गर्ने पक्षले लेखेको पत्र