

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

ट्रिनिटी स्वास्थ्यका सुविधाहरू र चिकित्सकहरूद्वारा प्रदान गरिएको अस्पताल र व्यावसायिक सेवाहरूका लागि

तपाईं बीमाविहीन हुनुहुन्छ भने, तपाईंको बीमा समाप्त भएको छ भने वा तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ तर तपाईंको आयको 10% भन्दा बढी भुक्तान गरिएको चिकित्सा खर्चको प्रमाण छ भने तपाईं आफ्नो बिलहरू तिर्न अस्पताल वित्तीय सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो फाराम भर्नाले अस्पतालको वित्तीय सहायताका लागि तपाईंको अनुरोध सुरु हुनेछ। यो फाराम New York राज्यका सबै अस्पतालहरूमा प्रयोग गरिन्छ। हामी तपाईंलाई कुनै लागतमा दोभाषे प्रदान गर्नेछौं र हामी आवश्यक जानकारी अंग्रेजीमा सङ्कलन गर्न सक्छौं।

व्यक्तिगत र गोप्य

ग्यारेन्टर नाम Smarttext

ग्यारेन्टर ठेगाना Smarttext

मिति Smarttext: अक्टोबर 08, 2021

ग्यारेन्टर: ग्यारेन्टर smarttext

केस संख्या: smarttext

केसमा समावेश बिरामीहरू:

- smarttext बिरामीको नाम(हरू)

आदरणीय बिरामीको नाम smarttext,

तपाईंको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको रूपमा RHM smarttext चयन गर्नुभएकोमा धन्यवाद। कृपया संलग्न आवेदन पूरा गर्नुहोस् र आफ्नो वित्तीय सहायताको मूल्याङ्कन पूरा गर्न तलको ठेगानामा फर्कनुहोस्।

तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया हाम्रो ग्राहक सेवा केन्द्र 800-494-5797 मा सम्पर्क गर्न सोमबार देखि शुक्रवार बिच बिहान 9 बजे देखि साँझ 5 बजे सम्म गर्नुहोस्। ET। अभिवादनपछि, 1 चयन गर्नुहोस्, त्यसपछि प्रतिनिधिसम्म पुग्न 2 चयन गर्नुहोस्। कृपया तपाईंलाई चाहिने भाषा भन्नुहोस्, हामी लाइनमा दोभाषे पाउनेछौं।

भवदीय,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

RHM smarttext को तर्फबाट

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

This is an exact translation of this form in English. Certified by CyraCom on 12/30/2024.

पृष्ठ 1 मध्ये 6

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

ट्रिनिटी स्वास्थ्यका सुविधाहरू र चिकित्सकहरूद्वारा प्रदान गरिएको अस्पताल र व्यावसायिक सेवाहरूका लागि

तपाईं बीमाविहीन हुनुहुन्छ भने, तपाईंको बीमा समाप्त भएको छ भने वा तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ तर तपाईंको आयको 10% भन्दा बढी भुक्तान गरिएको चिकित्सा खर्चको प्रमाण छ भने तपाईं आफ्नो बिलहरू तिर्न अस्पताल वित्तीय सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो फाराम भर्नाले अस्पतालको वित्तीय सहायताका लागि तपाईंको अनुरोध सुरु हुनेछ। यो फाराम New York राज्यका सबै अस्पतालहरूमा प्रयोग गरिन्छ। हामी तपाईंलाई कुनै लागतमा दोभाषे प्रदान गर्नेछौं र हामी आवश्यक जानकारी अंग्रेजीमा सङ्कलन गर्न सक्छौं।

बिरामीको नाम (लागु हुने पूर्ण जानकारी)		
बिरामीको नाम (पहिलो नाम, बिचको नाम, थर)		जन्म मिति (महिना/दिन/वर्ष)
सम्पर्क फोन#		
हुलाक ठेगाना	अपार्टमेन्ट/एकाइ #	
सहर	राज्य	जिप कोड
आमाबाबु/अभिभावक वा कानुनी प्रतिनिधिको नाम (यदि बिरामी नाबालिग बच्चा वा असक्षम वयस्क हो भने)		
इमेल ठेगाना		
पूरा नाम	सम्बन्ध	कुल सकल आय (वर्तमान)
अस्पतालमा तपाईंलाई आयको प्रमाणका रूपमा कागजात पेस गर्न अनुरोध गर्न सकिन्छ, कागजातका उदाहरणहरूमा पे स्टब, लागु भएमा तपाईंको रोजगारदाताको पत्र वा फाराम 1040 समावेश हुन सक्छ।		

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

ट्रिनिटी स्वास्थ्यका सुविधाहरू र चिकित्सकहरूद्वारा प्रदान गरिएको अस्पताल र व्यावसायिक सेवाहरूका लागि

तपाईं बीमाविहीन हुनुहुन्छ भने, तपाईंको बीमा समाप्त भएको छ भने वा तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ तर तपाईंको आयको 10% भन्दा बढी भुक्तान गरिएको चिकित्सा खर्चको प्रमाण छ भने तपाईं आफ्नो बिलहरू तिर्न अस्पताल वित्तीय सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो फाराम भर्नाले अस्पतालको वित्तीय सहायताका लागि तपाईंको अनुरोध सुरु हुनेछ। यो फाराम New York राज्यका सबै अस्पतालहरूमा प्रयोग गरिन्छ। हामी तपाईंलाई कुनै लागतमा दोभाषे प्रदान गर्नेछौं र हामी आवश्यक जानकारी अंग्रेजीमा सङ्कलन गर्न सक्छौं।

Health Insurance Status

के तपाईंसँग कुनै पनि प्रकारको स्वास्थ्य बीमा छ जसमा Medicaid, Medicare वा तपाईंको नियोक्ता मार्फत निजी बीमा वा तपाईं आफैले खरिद गर्नुभएको छ?

हो होइन

यदि तपाईंले "होइन" भन्ने जवाफ दिनुभयो भने के तपाईं यी मध्ये कुनै पनि कार्यक्रमका लागि आवेदन दिन सहयोग चाहनुहुन्छ? हो होइन

कम बीमा बिरामीहरू: बीमा र उच्च चिकित्सा खर्च (हरू) भएको व्यक्ति तपाईंसँग बीमा छ भने, कृपया तपाईंले विगत 12 महिनामा भुक्तान गर्नुभएको चिकित्सा बिलहरूको अनुमान प्रदान गर्नुहोस्।

\$

अस्पतालले तपाईंलाई भुक्तान गरिएको चिकित्सा खर्चको प्रमाणको रूपमा कागजात पेश गर्न अनुरोध गर्न सक्छ।

बिरामी/जिम्मेवारी पार्टी: बिरामी छैन भने, फारममा हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिको नाम र बिरामीको तर्फबाट हस्ताक्षर गर्ने उहाँहरूको अधिकार सूचीबद्ध गर्नुहोस् (उदाहरण, पति/पत्नी, अभिभावक, कानूनी प्रतिनिधि)।

म बुझ्छु कि मैले पेश गरेको जानकारी बाह्य स्रोतहरूबाट प्रमाणिकरणको विषय हुन सक्छ। जानकारी मेरो राम्रो ज्ञानका लागि साँचो र पूर्ण छ भनी म प्रमाणित गर्दछु।

नाम लेख्नुहोस्

बिरामीसँगको नाता

मिति

हस्ताक्षर

कृपया आफ्नो आवेदन माथिको ठेगानामा मेल गर्नुहोस्, 312-871-3350 मा फ्याक्स गर्नुहोस् र वा MyChart (बिरामी पोर्टल) मार्फत कागजातहरू अपलोड गर्नुहोस्- <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> यदि तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया हाम्रो ग्राहक सेवा केन्द्रमा 800-494-5797 सोमबार देखि शुक्रवार बिहान 9 बजे देखि साँझ 5 बजे ET सम्म सम्पर्क गर्नुहोस्।

कम योग्यता र मार्गनिर्देशनहरू

आवेदनको समयसिमा, बिरामीहरूको अधिकार र गोपनीयता

सङ्कलन प्रक्रियाको समयमा तपाईंले कुनै पनि बिन्दुमा वित्तीय सहायताका लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ।

- तपाईंले वित्तीय सहायताका लागि आफ्नो आवेदनमा निर्णय प्राप्त नगरेसम्म तपाईंले यस अस्पतालमा कुनै भुक्तानी गर्नुपर्दैन। तपाईंको आवेदन विचाराधीन हुँदा अस्पतालहरूले सङ्कलनमा खाताहरू फर्वाड नगर्न सक्नुहुन्छ।
- तपाईंलाई वित्तीय सहायता अस्वीकार गरिएको छ भने, तपाईंसँग अपिल गर्ने अधिकार छ। त्यसो कसरी गर्ने भन्ने जानकारी तपाईंले प्राप्त गर्नुहुने अस्पतालको सूचनामा समावेश गरिनेछ। तपाईंसँग आफ्नो वित्तीय सहायताको रकमका लागि अपिल गर्ने अधिकार हुन सक्छ। अस्पतालमा उहाँहरूको निर्णय पत्रमा कसरी अपिल गर्ने भन्ने बारेमा जानकारी समावेश हुने छ।
- अस्पतालहरूले तपाईंको पहिलो बिल पछि कम्तीमा 180 दिनका लागि सङ्कलन एजेन्सीमा भुक्तानी नगरिएका बिलहरू पठाउन सक्दैनन्।

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

ट्रिनिटी स्वास्थ्यका सुविधाहरू र चिकित्सकहरूद्वारा प्रदान गरिएको अस्पताल र व्यावसायिक सेवाहरूका लागि

तपाईं बीमाविहीन हुनुहुन्छ भने, तपाईंको बीमा समाप्त भएको छ भने वा तपाईंसँग स्वास्थ्य बिमा छ तर तपाईंको आयको 10% भन्दा बढी भुक्तान गरिएको चिकित्सा खर्चको प्रमाण छ भने तपाईं आफ्नो बिलहरू तिर्न अस्पताल वित्तीय सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो फाराम भर्नाले अस्पतालको वित्तीय सहायताका लागि तपाईंको अनुरोध सुरु हुनेछ। यो फाराम New York राज्यका सबै अस्पतालहरूमा प्रयोग गरिन्छ। हामी तपाईंलाई कुनै लागतमा दोभाषे प्रदान गर्नेछौं र हामी आवश्यक जानकारी अंग्रेजीमा सङ्कलन गर्न सक्छौं।

- संघीय गरिबी स्तरको 400% भन्दा कम बिरामीहरूका लागि मुद्दा दायर गर्ने सहित भुक्तानी नगरिएका चिकित्सा बिलहरू पुनः प्राप्त गर्न अस्पतालहरूलाई कानुनी कारवाही गर्न प्रतिबन्ध लगाइएको छ। गरिबी दिशानिर्देशहरू यहाँ फेला पार्न सकिन्छ: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- यस आवेदनमा प्रदान गरिएको कुनै पनि जानकारी वित्तीय सहायताका लागि तपाईंको योग्यता निर्धारण गर्न अस्पतालद्वारा मात्र प्रयोग गरिनेछ र कानूनले अनुमति दिएको हदसम्म गोप्य रहनेछ।
- अस्पतालमा तपाईंलाई चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक सेवाहरू अस्वीकार गर्न सकिँदैन किनभने तपाईंसँग उत्कृष्ट चिकित्सा बिल छ।
- तपाईंलाई यस आवेदनमा सहयोग चाहिन्छ भने, कृपया (अस्पतालको नाम) को वित्तीय सहायता कार्यालय (फोन नम्बर) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।
- तपाईंलाई यस आवेदनका साथ थप सहयोग चाहिन्छ वा निर्णयलाई अपिल गर्न मद्दत चाहिन्छ भने, तपाईं Community Health Advocates सँग सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ: 888-614-5400.

योग्यता

कुनै पनि कुराले अस्पतालको निम्न उल्लेखितभन्दा उच्च आय स्तरमा भुक्तानी छुटका लागि बिरामीको योग्यता स्थापित गर्ने र/वा Public Health Law द्वारा आवश्यकभन्दा योग्य बिरामीहरूलाई बढी भुक्तानी छुट प्रदान गर्ने क्षमतालाई सीमित गर्दैन। थप रूपमा, आप्रवासन स्थिति वित्तीय सहायता निर्धारण गर्ने उद्देश्यका लागि योग्यताको मापदण्ड हुनेछैन।

निम्न व्यक्तिहरू योग्य हुनुहुन्छ:

स्वास्थ्य बीमाविना कम आय भएका व्यक्तिहरू; वा

- कम बीमा व्यक्तिहरू (विगत बाह्र महिनामा जम्मा भएको पकेट बाहिरको चिकित्सा लागत जुन त्यस्तो व्यक्तिको कुल वार्षिक आयको दस प्रतिशत भन्दा बढी हो); वा
- जसले आफ्नो स्वास्थ्य बीमा लाभहरू समाप्त गरिसकेका छन् र जसले पूर्ण शुल्क तिर्न असमर्थता प्रदर्शन गर्न सक्छन्; वा
- अस्पतालको विवेकमा, व्यक्तिहरू जसले आफ्नो प्रतिलिपि सह-भुक्तानी गर्न असमर्थता प्रदर्शन गर्न सक्नुहुन्छ र/वा कटौती योग्य कम वा छुट भुक्तानी अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।

संघीय गरिबी स्तरको 400% सम्मका व्यक्तिहरू आर्थिक सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ।

संघीय गरीबी स्तर (2024)

घरको आकार	200%	300%	400%
1 जना व्यक्ति	\$31,300	\$46,950	\$62,600
2 जना व्यक्ति	\$42,300	\$63,450	\$84,600
3 जना व्यक्ति	\$53,300	\$79,950	\$106,600
4 जना व्यक्ति	\$64,300	\$96,450	\$128,600
5 जना व्यक्ति	\$75,300	\$112,950	\$150,600
6 जना व्यक्ति	\$86,300	\$129,450	\$172,600
7 जना व्यक्ति	\$97,300	\$145,950	\$194,600

वार्षिक रूपमा अद्यावधिक: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

ट्रिनिटी स्वास्थ्यका सुविधाहरू र चिकित्सकहरूद्वारा प्रदान गरिएको अस्पताल र व्यावसायिक सेवाहरूका लागि

तपाईं बीमाविहीन हुनुहुन्छ भने, तपाईंको बीमा समाप्त भएको छ भने वा तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ तर तपाईंको आयको 10% भन्दा बढी भुक्तान गरिएको चिकित्सा खर्चको प्रमाण छ भने तपाईं आफ्नो बिलहरू तिर्न अस्पताल वित्तीय सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो फाराम भर्नाले अस्पतालको वित्तीय सहायताका लागि तपाईंको अनुरोध सुरु हुनेछ। यो फाराम New York राज्यका सबै अस्पतालहरूमा प्रयोग गरिन्छ। हामी तपाईंलाई कुनै लागतमा दोभाषे प्रदान गर्नेछौं र हामी आवश्यक जानकारी अंग्रेजीमा सङ्कलन गर्न सक्छौं।

कम	
तपाईं वित्तीय सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंको शुल्क निम्नानुसार स्लाइडिङ शुल्क स्केलमा तपाईंको आयअनुसार कम हुनेछः	
आय स्तर	भुक्तानी
200% FPL भन्दा कम	सबै शुल्कहरू माफ गर्नुहोस्
200% - 300% FPL	कम बीमा बिरामीहरू: Medicaid द्वारा सेवा (हरू) का लागी भुक्तान गरिएको रकम को 10% सम्म स्लाइडिङ स्केल। कम बीमा बिरामीहरू: यस्तो बिरामीको बीमा लागत साझेदारीको अनुसरणमा भुक्तान गरिएको रकमको अधिकतम 10% सम्म।
301% - 400% FPL	कम बीमा बिरामीहरू: Medicaid द्वारा सेवा (हरू) का लागी भुक्तान गरिएको रकम को 20% सम्म स्लाइडिङ स्केल। कम बीमा बिरामीहरू: यस्तो बिरामीको बीमा लागत साझेदारीको अनुसरणमा भुक्तान गरिएको रकमको अधिकतम 20% सम्म।
अस्पतालहरूले योग्य बिरामीहरूका लागि बढी छुटहरू प्रदान गर्न र/वा उच्च आय स्तरका बिरामीहरूका लागि भुक्तानी छुटहरू प्रस्ताव गर्न सक्नुहुन्छ।	
किस्ता योजनाहरू	
किस्ता योजनाहरू ती बिरामीहरूका लागि उपलब्ध छ जो एकै पटकमा कम दर तिर्न असमर्थ हुनुहुन्छ। मासिक भुक्तानीहरू तपाईंको सकल मासिक आयको 5% भन्दा बढी हुन सक्दैन र बिरामीलाई भुक्तान गरिएको ब्याजको दर भुक्तान नगरिएको ब्यालेन्समा, यदि कुनै छ भने, 2% भन्दा बढी हुँदैन।	

NYS Uniform Hospital Financial Assistance Application

ट्रिनिटी स्वास्थ्यका सुविधाहरू र चिकित्सकहरूद्वारा प्रदान गरिएको अस्पताल र व्यावसायिक सेवाहरूका लागि

तपाईं बीमाविहीन हुनुहुन्छ भने, तपाईंको बीमा समाप्त भएको छ भने वा तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ तर तपाईंको आयको 10% भन्दा बढी भुक्तान गरिएको चिकित्सा खर्चको प्रमाण छ भने तपाईं आफ्नो बिलहरू तिर्न अस्पताल वित्तीय सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। यो फाराम भर्नाले अस्पतालको वित्तीय सहायताका लागि तपाईंको अनुरोध सुरु हुनेछ। यो फाराम New York राज्यका सबै अस्पतालहरूमा प्रयोग गरिन्छ। हामी तपाईंलाई कुनै लागतमा दोभाषे प्रदान गर्नेछौं र हामी आवश्यक जानकारी अंग्रेजीमा सङ्कलन गर्न सक्छौं।

घरेलु आयको प्रमाणका लागि अनुरोध

कृपया बिरामी, उहाँहरूको पति/पत्नी र कुनै पनि आश्रितहरूका लागि आय जानकारी समावेश गर्नुहोस् (जस्तै बालबालिका)। उदाहरणका लागि, यसले घरको आयको गणनामा एउटै कर फिर्तामा रहेका सबैलाई (कर फाइल गर्ने, पति/पत्नी र कर आश्रितहरू) समावेश गर्दछ।

तपाईंले आफ्नो आय प्रमाणित गर्न प्रयोग गर्न सक्ने कागजातहरूको सूची तल दिइएको छ। तपाईंलाई आवश्यक छैन यी सबै कागजात उपलब्ध गराउनुहोस्। तपाईंले कुनै घरेलु आय नभएको विवरण पनि दिन सक्नुहुन्छ तपाईं आय नभएक।

तपाईं NY State of Health Marketplace बाट योग्यता निर्धारण पृष्ठ पनि प्रदान गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंसँग यो कागजात छ भने, तपाईंले अस्पतालमा तल सूचीबद्ध कुनै पनि अन्य आय जानकारी प्रदान गर्नुपर्दैन।

घरपरिवारले प्राप्त गर्नुहुन्छ भने:	प्रति महिना रकम:	आवेदकले प्रदान गर्न सक्नुहुन्छ:
ज्याला	\$	कृपया एउटा पेचेक स्टब वा कम्पनीको लेटरहेडमा नियोक्ताबाट पत्र, हस्ताक्षर र मिति वा भर्खरै दर्ता गरिएको आयकर फिर्ता प्रदान गर्नुहोस्।
सामाजिक सुरक्षा भुक्तानी	\$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि, वा U.S. Social Security Administration वा वार्षिक लाभ पत्रबाट पत्राचार। तपाईंको सामाजिक सुरक्षा लाभ पत्रको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, 1-800-772-1213 मा कल गर्नुहोस् वा www.ssa.gov मा भ्रमण गर्नुहोस्।
बेरोजगारी क्षतिपूर्ति	\$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि वा NYS Department of Labor बाट मासिक लाभ विवरण वा प्रिन्टआउटको साथ प्रत्यक्ष भुक्तानी कार्डको प्रतिलिपि वा NYS Department of Labor बाट पत्राचार वा NYS Department of Labor को वेबसाइटबाट प्राप्तकर्ताको खाता जानकारीको प्रिन्टआउट (www.labor.state.ny.us)।
अशक्तता भुक्तानी	\$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि वा Social Security Administration बाट पत्राचार वा वार्षिक लाभ पत्रको प्रतिलिपि। तपाईंको लाभ पत्रको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, 1-800-772-1213 मा कल गर्नुहोस् वा www.ssa.gov भ्रमण गर्नुहोस्।
श्रमिकको क्षतिपूर्ति	\$	पुरस्कार पत्र वा चेक स्टबको प्रतिलिपि
भत्ता/बाल सहायता	\$	अदालतको आदेशको प्रतिलिपि, वा 3 महिनाको नगद चेक/रसिदहरू।
लाभांश/ब्याज	\$	त्रैमासिक लाभांश विवरण वा 1-महिनाको विवरणहरू।
अन्य	\$	गैर-ज्याला आयको रकम (यदि कुनै छ भने) जस्तै भाडाको आय, अनौठो कामका लागि नगद आदि उल्लेख गर्ने पत्र।
आय नभएको	\$	आय नभएको हस्ताक्षरित विवरण