

1. आवेदक

नाम (थर) _____ (नाम) _____ (बिचको नामको प्रथमाक्षर) _____
स्ट्रिट ठेगाना _____ सहर _____ राज्य _____ जिप _____
घरको फोन _____ जन्म मिति _____ सामाजिक सुरक्षा नम्बर _____
एकल _____ विवाहित _____ सम्बन्ध विच्छेद भएको _____ छुट्टिएको _____ विधुवा _____

2. कर प्रयोजनका लागि एउटै घरपरिवारमा रहेका सदस्यहरू (त्यस्ता व्यक्तिहरू जो तपाईंको कर फिर्ताका कागजातहरूमा सूचीबद्ध गरिएका हुन्छन्। कृपया एउटै फारममा परिवारका सबै सदस्यहरू समावेश गर्नुहोस्।)

नाम	कर प्रयोजनमा उल्लेख गरिएको सम्बन्ध	CHC बिरामी हो? (हो/होइन)	जन्म मिति	सामाजिक सुरक्षा
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				

3. के तपाईं एक कलेज/युनिभर्सिटीको विद्यार्थी हो? ☐ हो ☐ होइन

("हो" भने तपाईंले आफ्नो सङ्घीय विद्यार्थी सहायताका लागि निःशुल्क आवेदन (Free Application for Federal Student Aid) [FAFSA] को प्रतिलिपी आपूर्ति गर्नु पर्ने हुन्छ।)

के तपाईंलाई अरू कोही व्यक्तिको कर फिर्ता विवरणमा आश्रित भनी दाबी गर्न सकिन्छ? ☐ हो ☐ होइन

(हो भने आम्दानीको अतिरिक्त प्रमाण चाहिने छ)

3a) के तपाईं घरबारविहीनता अनुभव गर्दै हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन (हो भने कृपया तल उपयुक्त बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्)

3b) ☐ अरूको घरमा बस्ने वा अरूसँग बस्ने ☐ आश्रय ☐ स्ट्रिट ☐ ट्रान्जिसनल आवास

3c) तपाईं कहाँ बस्नु हुने छ र त्यहाँ कति समयसम्म बस्नु हुने छ? _____

3d) तपाईंलाई हाम्रो समुदायमा घरबारविहीनता अनुभव गरिरहेको व्यक्तिका लागि उपलब्ध रहेको सामुदायिक सेवाहरूबारे थाहा छ? ☐ हो ☐ होइन

4. मासिक आम्दानीको फारम:

कुल तलबका ज्यालाहरू	\$ _____	\$ _____
स्वरोजगार रहेको	\$ _____	\$ _____
बेरोजगार रहेको	\$ _____	\$ _____
श्रमिकको क्षतिपूर्ति	\$ _____	\$ _____
असक्षमता	\$ _____	\$ _____
सामाजिक सुरक्षा	\$ _____	\$ _____
अवकाश/पेन्सनको आम्दानी	\$ _____	\$ _____
ब्याज/लगानीको आम्दानी	\$ _____	\$ _____
लाभांश आम्दानी	\$ _____	\$ _____
सम्बन्धविच्छेदपछि/बच्चाको हेरचाह र		
पालनपोषणका लागि दिइने नियमित आर्थिक सहयोग	\$ _____	\$ _____
भाडाको आम्दानी	\$ _____	\$ _____
VA लाभ	\$ _____	\$ _____
अन्य: _____		

5. आम्दानीको स्व-घोषणा

☐ स्व-घोषणा: म काम गरिरहेको छु र प्रति _____ हप्ता महिना वर्षमा

\$ _____ रकम नगद भुक्तानी प्राप्त गर्दै आएको छु भनी घोषणा गर्दछु

मसँग आफ्ना आम्दानीहरू प्रमाणित गर्ने कुनै पे स्टब वा अन्य कागजात छैनन्।

☐ स्व-घोषणा: मसँग कुनै रोजगारी नभएको र कुनै पनि प्रकारको आम्दानी नभएको घोषणा गर्दछु। तपाईंले यो विकल्प रोज्नुभयो भने कृपया तपाईंले बसोबास, खानेकुरा तथा उपयोगिताहरू लगायत आधारभूत खर्चहरू कसरी तिर्नुहुन्छ भनी उल्लेख गर्नुहोस्:

6. बीमा

तपाईं र तपाईंको जीवनसाथीको दन्त बीमा कभरेज छ? ☐ हो ☐ होइन बीमा कम्पनी: _____

तपाईं र तपाईंको जीवनसाथीले स्वास्थ्य बीमाका लाभहरू लिनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन बीमा कम्पनी: _____

हो भने के यो भर्मन्ट हेल्थ कनेक्ट नीति (Vermont Health Connect Policy) हो? ☐ हो ☐ होइन

☐ बीमा गरिएको - बीमा प्रदायक: _____

☐ चिकित्सा वा दन्त बीमा कभरेज छैन

☐ राज्य बीमा आवेदन (ग्रीन माउन्टेन केयर (Green Mountain Care [GMC]))

☐ पुरा गरेको आवेदन विचाराधीन रहेको/आवेदनको स्थिति जाँच बिरामी भएको GMC मा सम्पर्क गरेको

7. तपाईंको चिकित्सा र दन्त प्रदायक हुनुहुन्छ?

☐ छ, चिकित्सा प्रदायकको नाम: _____

☐ स्वास्थ्य हेरचाह कभरेज छैन।

☐ छ, दन्त प्रदायकको नाम: _____

☐ दन्त कभरेज छैन।

तपाईं निम्नमध्ये कुनै पनि सामुदायिक सेवाहरूका बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न इच्छुक हुनुहुन्छ?

☐ दन्त

☐ चिकित्सा

☐ काउन्सेलिङ ☐ फुड सेल्फ ☐ हाउजिङ

के तपाईं आजै हामीमार्फत यी सेवाहरूसँग जोडिन चाहनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

8. हस्ताक्षर

तल हस्ताक्षर गरेर म Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHC) लाई यो कागजात र यससँग जोडिएका अन्य कागजातहरू नामाङ्कनको उद्देश्यले स्लाइडिङ फिको तालिकामा युनिभर्सिटी अफ भर्मन्ट मेडिकल सेन्टर (University of Vermont Medical Center, UVMMC) सँग साझा गर्न अनुमति दिन्छु। म यो जानकारी साझा गरियो भने CHC बाट निर्देशन दिइएको तर UVMMC मा गरिने सेवाहरू (जस्तै, प्रयोगशाला परीक्षण) का लागि लाग्ने व्यक्तिगत लागत घट्न सक्छ भन्ने कुरा बुझ्दछु। CHC ले अहिलेसम्म यस अनुमतिसम्बन्धी भर पर्ने कार्य गरेको छैन भने मैले तल आफ्नो हस्ताक्षरको छेउमा 'UVMMC सँग साझा नगर्नुहोस्' लेखेर यो अनुमति रद्द गर्न सक्नुका साथै, मैले CHC वा UVMMC मा उपचार पाउनका लागि यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्नु अपरिहार्य रहेको छैन भन्ने कुरा पनि बुझ्नेछु।

मेरो ज्ञानले भ्याएसम्म, माथिको जानकारी सत्य र सही छ। म आफ्नो रोजगार, वित्तीय अवस्था वा बसोबासमा हुने जुनसुकै परिवर्तनहरू स्वास्थ्य केन्द्रमा सूचित गर्नु पर्ने कुरामा सहमत छु। माथिको जानकारी गलत प्रमाणित भयो भने मलाई प्रदान गरिएको छुट खारेज गरिने छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। (म स्वास्थ्य केन्द्रको कर्मचारीलाई आम्दानी प्रमाणित गर्नका लागि मेरो रोजगारदाता वा अन्य कुनै स्रोतलाई सम्पर्क गर्न पनि अनुमति दिन्छु।)

बिरामीले आफ्ना चिकित्सा कभरेज र वित्तीय जानकारीका बारेमा सही जानकारी प्रदान गर्ने अपेक्षा गरिन्छ। पहिचान, आर्थिक वा जनसाङ्ख्यिक जानकारी जानिबुझिकन लुकाउनु वा गलत उल्लेख गर्नु भनेको जालसाजी हो र यसको परिणाम स्वरूप यस अभ्यासबाट एक वर्षसम्म निकाला गरिन सक्छ। जालसाजीको घटनामा, बिरामी पूर्ण भुक्तानीका लागि जिम्मेवार हुने छन्।

आवेदकको हस्ताक्षर

मिति

कार्यालय प्रयोजनका लागि मात्र

अधिकारिक व्यक्तिको प्रथमाक्षर _____ स्लाइड लेभल _____ प्रमाणित/स्वीकृत मिति _____ नवीकरण मिति _____

कृपया यो फारमका साथै आम्दानी प्रमाणित गर्ने निम्नमध्ये कुनै दुई वटा कागजात यसमा पठाउनुहोस् patientsupport@chcb.org:

- पछिल्लो 30 दिनको 2 वटा लगातार पेस्टब
- सामाजिक सुरक्षा, असक्षमता वा पेन्सनका भत्ताहरूका विवरणहरू
- IRS फारम W2 वा 1099
- FAFSA फारम (तपाईं विद्यार्थी हो भने तपाईंले पनि यो कागजात प्रदान गर्नु पर्ने छ)
- हालसालै भरिएको कर फिर्ता (फारम 1040)