

बिरामी दर्ता फारम

स्थान: RIVERSIDE SAFE HARBOR PEARL STREET SOUTH END CHAMPLAIN ISLANDS GOOD HEALTH WINOOSKI ESSEX

बिरामीको जनसाङ्ख्यिकीय (कृपया पूरा फारम कालो वा नीलो मसीले मात्र भर्नुहोस्)					
थर	नाम	बिचको नामको प्रथमाक्षर	छानिएको नाम (कुनै छ भने)		
स्ट्रिट ठेगाना	सिटी	राज्य	जिप कोड		
हुलाक ठेगाना (भौतिक ठेगानाभन्दा फरक छ भने)					
सामाजिक सुरक्षा नम्बर		जन्म मिति		सर्वनाम	
सेल फोन नम्बर		कामका लागि प्रयोग हुने फोन नम्बर		घरका लागि प्रयोग हुने फोन नम्बर	
इमेल ठेगाना			रुचाइएको सम्पर्क विधि		
			<input type="checkbox"/> फोन <input type="checkbox"/> टेक्स्ट <input type="checkbox"/> इमेल <input type="checkbox"/> बिरामीको पोर्टल		
जन्मदाको लिङ्ग	हालको लिङ्ग	लैङ्गिक पहिचान		यौन झुकाव	
<input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष	<input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> तेस्रो लिङ्गी पुरुष (महिलादेखि पुरुष) <input type="checkbox"/> तेस्रो लिङ्गी महिला (पुरुषदेखि महिला) <input type="checkbox"/> लिङ्ग सीमाभन्दा बाहिरको पहिचान <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> जवाफ दिन चाहन्न		<input type="checkbox"/> यौन झुकाव <input type="checkbox"/> विपरीत लिङ्गी वा हेटेरोसेक्सुअल <input type="checkbox"/> लेस्बियन, गे वा होमोसेक्सुअल <input type="checkbox"/> पुरुष र महिला दुवैप्रति आकर्षित हुने व्यक्ति <input type="checkbox"/> अन्य केही <input type="checkbox"/> थाहा छैन <input type="checkbox"/> जवाफ दिन चाहन्न	
प्राथमिकता भाषा			तपाईंलाई दोभासे सेवा चाहिन्छ?		
			<input type="checkbox"/> चाहिन्छ <input type="checkbox"/> चाहिन्न		
वैवाहिक स्थिति		तपाईं अमेरिकी भेटेरन हो?		तपाईं कृषिसम्बन्धी कार्यकर्ता हुनुहुन्छ?	
<input type="checkbox"/> एकल <input type="checkbox"/> विछोड भएको <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> विधुवा <input type="checkbox"/> सम्बन्ध विच्छेद भएको <input type="checkbox"/> विवाह जस्तो कानुनी सम्बन्ध		<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन		<input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> प्रवासी <input type="checkbox"/> मौसमी	
आवासको स्थिति					
तपाईं घरबारविहीन हुनुहुन्छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन					
घरबारविहीन हुनुहुन्छ भने तपाईं कहाँ बस्दै हुनुहुन्छ: <input type="checkbox"/> साझा बसाइ (अरुसँग बस्ने) <input type="checkbox"/> आश्रय <input type="checkbox"/> सडक <input type="checkbox"/> ट्रान्जिस्नल <input type="checkbox"/> अज्ञात					
जाति (लागू हुने सबै चयन गर्नुहोस्)					
एसियाली	हवाइका मूल निवासी वा प्यासिफिक द्वीपवासी	अश्वेत वा अफ्रिकी अमेरिकी	अमेरिकी भारतीय वा अलास्का आदिवासी	श्वेत	जवाफ दिन चाहन्न
<input type="checkbox"/> चिनियाँ <input type="checkbox"/> भियतनामी <input type="checkbox"/> एसियाली भारतीय <input type="checkbox"/> कोरियाली <input type="checkbox"/> फिलिपिनो <input type="checkbox"/> जापानी <input type="checkbox"/> अन्य एसियाली	<input type="checkbox"/> हवाइका मूल निवासी <input type="checkbox"/> अन्य प्रशान्त द्वीपवासी <input type="checkbox"/> गुआमानियन वा चामोरो <input type="checkbox"/> सामोन	<input type="checkbox"/> अश्वेत वा अफ्रिकी अमेरिकी	<input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय वा अलास्का आदिवासी	<input type="checkbox"/> श्वेत	<input type="checkbox"/> जवाफ दिन चाहन्न
जातियता:					
हिस्पानिक, लाटिनो/लाटिना वा स्पेनी मूल		हिस्पानिक, लाटिनो/लाटिना वा स्पेनी मूल नभएको		जवाफ दिन चाहन्न	
<input type="checkbox"/> मेक्सिकन <input type="checkbox"/> मेक्सिकन-अमेरिकी <input type="checkbox"/> सिकानो <input type="checkbox"/> प्युएर्टो रिकन <input type="checkbox"/> क्युबान <input type="checkbox"/> हिस्पानिक, लाटिनो/लाटिना वा स्पेनी मूल <input type="checkbox"/> अन्य हिस्पानिक, लाटिनो/लाटिना वा स्पेनी मूल		<input type="checkbox"/> हिस्पानिक, लाटिनो/लाटिना वा स्पेनी मूल नभएको		<input type="checkbox"/> जवाफ दिन चाहन्न	

परिवारको आकारअनुसार घरायसी वार्षिक आम्दानीको दायरा

1	\$0 देखि \$15,960 सम्म	\$15,961 देखि \$23,940 सम्म	\$23,941 देखि \$31,920 सम्म	\$31,921 र सोभन्दा माथि
2	\$0 देखि \$21,640 सम्म	\$21,641 देखि \$32,460 सम्म	\$32,461 देखि \$43,280 सम्म	\$43,281 र सोभन्दा माथि
3	\$0 देखि \$27,320 सम्म	\$27,321 देखि \$40,980 सम्म	\$40,981 देखि \$54,640 सम्म	\$54,641 र सोभन्दा माथि
4	\$0 देखि \$33,000 सम्म	\$33,001 देखि \$49,500 सम्म	\$49,501 देखि \$66,000 सम्म	\$66,001 र सोभन्दा माथि
5	\$0 देखि \$38,680 सम्म	\$38,681 देखि \$58,020 सम्म	\$58,021 देखि \$77,360 सम्म	\$77,361 र सोभन्दा माथि
6	\$0 देखि \$44,360 सम्म	\$44,361 देखि \$66,540 सम्म	\$66,541 देखि \$88,720 सम्म	\$88,721 र सोभन्दा माथि
7	\$0 देखि \$50,040 सम्म	\$50,041 देखि \$75,060 सम्म	\$75,061 देखि \$100,080 सम्म	\$100,081 र सोभन्दा माथि
8	\$0 देखि \$55,720 सम्म	\$55,721 देखि \$83,580 सम्म	\$83,581 देखि \$111,440 सम्म	\$111,441 र सोभन्दा माथि
9	\$0 देखि \$61,400 सम्म	\$61,401 देखि \$92,100 सम्म	\$92,101 देखि \$122,800 सम्म	\$122,801 र सोभन्दा माथि
10	\$0 देखि \$67,080 सम्म	\$67,081 देखि \$100,620 सम्म	\$100,621 देखि \$134,160 सम्म	\$134,161 र सोभन्दा माथि
*	*प्रत्येक थप परिवार सदस्यका लागि \$5,680 हाल्नुहोस्।	*प्रत्येक थप परिवार सदस्यका लागि \$8,520 हाल्नुहोस्।	*प्रत्येक थप परिवार सदस्यका लागि \$11,360 हाल्नुहोस्।	

दन्त बीमासम्बन्धी जानकारी

- मेरो हाल दन्त बीमा छ।
- मेरो हाल दन्त बीमा छैन।
- म स्लाइडिङ शुल्क दरका लागि निवेदन दिन चाहन्छु।

दन्त बीमाको नाम:

बिमालेख/आइडी नम्बर:

बिमालेख धारकको नाम:

बिमालेख धारकको ठेगाना:

बिमालेख धारकको फोन नम्बर:

बिमालेख धारकको जन्म मिति:

सेकेण्डरी दन्त बीमासम्बन्धी जानकारी:

दन्त बीमाको नाम:

बिमालेख/आइडी नम्बर: बिमालेख

धारकको नाम: बिमालेख धारकको ठेगाना:

बिमालेख धारकको फोन नम्बर: बिमालेख धारकको जन्म मिति:

चिकित्सा बीमासम्बन्धी जानकारी

- मेरो हाल चिकित्सा बीमा छ।
- मेरो हाल चिकित्सा बीमा छैन।
- म स्लाइडिङ शुल्क दरका लागि निवेदन दिन चाहन्छु।

चिकित्सा बीमाको नाम:

बिमालेख/आइडी नम्बर:

बिमालेख धारकको नाम:

बिमालेख धारकको ठेगाना:

बिमालेख धारकको फोन नम्बर:

बिमालेख धारकको जन्म मिति:

सेकेण्डरी चिकित्सा बीमासम्बन्धी जानकारी: चिकित्सा बीमाको नाम:

बिमालेख/आइडी नम्बर: बिमालेख

धारकको नाम: बिमालेख धारकको ठेगाना:

बिमालेख धारकको फोन नम्बर: बिमालेख धारकको जन्म मिति:

प्राथमिकता दिइएको फार्मसी

फार्मसीको नाम

फार्मसीको स्थान

आपत्कालीन सम्पर्कसम्बन्धी जानकारी

नाम सम्बन्ध फोन नम्बर

जिम्मेवार पक्षसम्बन्धी जानकारी (18 वर्ष मुनिका सबै बिरामीका लागि जिम्मेवार पक्ष अनिवार्य हुनुपर्छ)

- हेरचाह गर्ने आमाबुवा
- अभिभावक (CHC मा उपचारका लागि आवश्यक कानुनी स्थितिको प्रमाण)

थर नाम बिचको नामको प्रथमाक्षर छानिएको नाम (भएमा)

स्ट्रिट ठेगाना सिटी राज्य जिप कोड

जन्म मिति फोन नम्बर



Community Health Centers

- RIVERSIDE • SAFE HARBOR • PEARL STREET • SCHOOL-BASED DENTAL CENTER •
- CHAMPLAIN ISLANDS • SOUTH END • GOOD HEALTH • WINOOSKI • ESSEX •

उपचारका लागि सहमति

I. उपचारका लागि सहमति

म यसद्वारा आफ्नो लागि वा उल्लेखित बिरामी (जसका लागि म आमाबुवा वा कानुनी अभिभावक हुँ र उपचारका लागि सहमति दिन अधिकार राख्छु) का लागि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (CHC) मा उपचार गर्न मेरो सहमति प्रदान गर्छु। उपचारमा स्वास्थ्य स्क्रिनिङ, रोग पहिचान, चिकित्सा उपचार, दन्त हेरचाह, सामाजिक सेवा, मानसिक स्वास्थ्य सेवा वा लागूऔषध तथा मदिरासम्बन्धी स्क्रिनिङ, मूल्याङ्कन, रोग पहिचान र उपचार तथा मनोचिकित्सासम्बन्धी सेवाहरू समावेश हुन सक्छन्।

II. लाभहरूको असाइनमेन्ट

- म CHC लाई मलाई प्रदान गरिएका सेवाहरूका लागि Medicaid / Medicare वा अन्य कुनै बीमा वाहकबाट सिधै बिल पठाउन र भुक्तानी प्राप्त गर्न अधिकार दिन्छु।
- म यसद्वारा CHC लाई CHC द्वारा मलाई प्रदान गरिएका स्वास्थ्य सेवाहरूका लागि Medicaid, Medicare वा कुनै पनि स्वास्थ्य बीमा पोलिसीबाट प्राप्त हुने सबै भुक्तानी हस्तान्तरण गर्ने छु।
- म CHC मा मेरो उपचारको कारण भएका कुनै पनि बाँकी रकमको जिम्मेवारी मेरो हुने छ भन्ने कुरा बुझ्छु।
- म मेरो जानकारीअनुसार मैले दिएको जनसांख्यिकीय विवरण सत्य र सही छ भन्ने कुरा बुझ्छु।
- तपाईंको अनुरोधमा CHC का भुक्तानीसम्बन्धी अपेक्षाहरूको प्रति उपलब्ध गराइन्छ।

III. यस सहमतिको समाप्ति र प्रतिबन्धहरू:

- मैले यो सहमति कुनै पनि समयमा लेखेर रद्द गर्ने अधिकार राख्छु र यो सहमति रद्द गरेपनि रद्द गर्नुअघि CHC ले यस सहमतिमा भर पारी गरेका कुनै पनि कार्यमा असर पर्ने छैन भन्ने कुरा म बुझ्छु। यसअघि रद्द गरिएको छैन भने यो सहमति निम्न मितिमा समाप्त हुने छ:
_____. कुनै मिति उल्लेख गरिएन भने यो सहमति मलाई प्रदान गरिएको सेवाको अन्तिम मितिबाट तीन वर्षपछि समाप्त हुने छ।
- मैले यस उपचार सहमतिपत्र पढिसकेको छु र म यसका सामग्रीका बारेमा बुझ्छु र जानकारपूर्वक सहमति दिन्छु।

आवश्यक

बिरामीको नाम: _____ जन्म मिति: _____

बिरामीको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

आमाबुवा/अभिभावकको नाम: _____

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____