

## वित्तीय सहायता आवेदन

आवेदकको नाम: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_ शहर: \_\_\_\_\_ राज्य/जिप कोड: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

फोन: ( ) \_\_\_\_\_

परिवारका सदस्यहरू; (पति / पत्नी, आश्रितहरू संघीय कर फिर्ताको दावी र उनीहरूको जन्म मिति):

| नाम:                 | जन्म मिति:        | नाम:                 | जन्म मिति:        |
|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| 1. _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | 5. _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 2. _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | 6. _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 3. _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | 7. _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |
| 4. _____/_____/_____ | _____/_____/_____ | 8. _____/_____/_____ | _____/_____/_____ |

निवेदकहरूले 30 दिन भित्र निर्धारणका लागि सबै सम्बन्धित कागजातहरू आवेदनका साथ पेश गर्नुपर्छ।

### निम्न कागजात योग्यता निर्धारण गर्न आवश्यक पर्छ

1. आय स्रोतको प्रमाण: (तपाईंको घरमा लागू हुने सबै कागजातहरू पेश गर्नुहोस्)

- भुक्तानी स्टबहरू: यदि लागू भएमा पति/पत्नीसहितको अन्तिम 3 महिनाको भुक्तानी स्टबहरू वा तलबसम्बन्धी कागजातहरू प्रदान गर्नुहोस्
- कर फिर्ताको अन्तिम संघीय
- बेरोजगारी: यदि लागू भएमा नाम र मितिसहितको अर्वाइड पत्र प्रदान गर्नुहोस्
- श्रमिक क्षतिपूर्ति: यदि लागू भएमा तलबसम्बन्धी स्टेटमेन्ट
- सामाजिक सुरक्षा: यदि लागू भएमा लाभ पुरस्कारको पत्र
- पेन्सन: यदि लागू भएमा स्टेटमेन्ट वा 1099 फारम
- आयका अन्य फारमहरू: यदि लागू भएमा छोटो / दीर्घकालीन असक्षमता, ब्याज / लाभांश, सेवानिवृत्ति आय, बच्चाको समर्थन, गुनासो र / वा सार्वजनिक सहायता
- स्वरोजगार: पूर्व वर्षको आय कर फिर्ता

2. आय नभएको प्रमाण: तपाईंका आवश्यकताहरू कसरी पूरा हुन्छन् भनेर वर्णन गर्दै हस्ताक्षर गरिएको, मिति तोकिएको एउटा विवरण प्रदान गर्नुहोस्

3. स्वास्थ्य बीमाको प्रमाण: तपाईंको स्वास्थ्य बीमा गरिएको छ?

- छ, बीमा कार्डको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्
- छैन

म यस एप्लिकेसनमा निहित जानकारी मेरो जानकारी र सत्य भएको कुरा मेरो तलको हस्ताक्षरबाट पुष्टि गर्छु। योग्यता तोकिएको लागि अनुरोध गरिएमा म थप जानकारी प्रदान गर्न सहमत छु। म सेन्ट जोसेफको स्वास्थ्य मेरो आवश्यकता, आय र बस्ने व्यवस्था वा ठेगानामा भएको परिवर्तनअनुसार तुरुन्त जानकारी प्रदान गर्न सहमत छु।

आवेदकको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_

दिइएको ठेगानामा सबै जानकारीसहित  
मेल पठाउनुहोस्:

St. Joseph's Health Hospital  
Attn: Benefit Advocacy/Patient Registration  
301 Prospect Ave  
Syracuse, NY 13203



A Member of Trinity Health



A Member of Trinity Health

तपाईं लाभ वकालतमा सोमाबार-शुक्रबार  
8-4:30 सम्म 315-448-3555 मा कल गर्न  
वा [sjhsyr.org/financial-assistance](http://sjhsyr.org/financial-assistance) मा गई  
सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ

# वित्तीय सहयोग

## सेन्ट जोसेफको स्वास्थ्य भुक्तानी गर्ने क्षमताको परवाह नगरी बिरामीहरूको हेरचाह गर्ने कुरामा प्रतिबद्ध छ।

स्वास्थ्य सेवाका बिलहरू विशेष गरी भुक्तानी गर्ने बीमा नभएकाहरूका लागि चुनौतीपूर्ण हुन सक्छ। सेन्ट जोसेफको स्वास्थ्यमा हामी बुझ्छौं कि मेडिकल बिलहरू कतिको भ्रमपूर्ण हुन सक्छन् र प्रशिक्षित लाभ अधिवक्ताहरू हुन सक्छन् जसले तपाईंलाई तपाईंको वित्तीय जिम्मेवारी र तपाईंलाई उपलब्ध भुक्तानी विकल्पहरू बुझ्न मद्दत गर्दछ।

हाम्रो बिरामी वित्तीय सहायता कार्यक्रमले सेन्ट जोसेफ स्वास्थ्यमा भएका सबै मेडिकल बिलहरू तिर्न असमर्थ व्यक्तिहरूलाई मद्दत गर्दछ। बिरामीहरूको स्वास्थ्य बीमा छैन भने उनीहरूको स्वास्थ्य बीमाले उनीहरूलाई चाहिने सम्पूर्ण स्वास्थ्य सेवा पूरा गर्दैन भने उनीहरूले आर्थिक सहयोग पाउन पनि योग्य हुन सक्छन्।

**छोटो र दीर्घकालीन अवधिका भुक्तानी योजनाहरू**  
बिरामीहरू जो वित्तीय दायित्वका केही वा सबै भुक्तानी गर्न सक्दैनन् उनीहरू छोटो वा दीर्घकालीनको भुक्तानीसम्बन्धी योजना र ऋणहरूका लागि योग्य हुन सक्छन्।

बिरामीहरू तलका विकल्पहरू मध्ये एकको लागि योग्य हुन सक्छन्:

- 90 दिन भन्दा कममा भुक्तान गरिएका ब्यालेन्सहरू ब्याजरहित भुक्तानी योजनाको लागि योग्य हुन सक्छन्।
- 120 दिनदेखि 12 महिनासम्म भुक्तान गरिएका ब्यालेन्सहरू शून्य-ब्याज ऋण कार्यक्रमको लागि योग्य हुन सक्छन्।
- 12 महिना भन्दा बढीको समय सीमामा भुक्तानी गर्नुपर्ने ब्यालेन्स कम ब्याजको ऋण कार्यक्रमको लागि योग्य हुन सक्छ।

## वित्तीय सहयोगका लागि योग्यता

वित्तीय सहायताका लागि आवेदकहरू एक लाभ अधिवक्ताद्वारा मेडिकेड (Medicaid) योग्यताका लागि स्क्रिनिङ्ग गर्न सकिन्छ। तपाईंले प्राप्त गर्नुभएका समय सीमाका सेवाहरूका लागि आय प्रमाणिकरण राज्य प्रायोजित बीमा आवेदन पूरा गर्नु पर्छ कि पर्दैन भनेर निर्धारण गर्न आवश्यक पर्दछ।

## हाम्रो सेवाको क्षेत्र

St. Joseph's Health ले सबै Trinity Health Ministries' को सेवा बजार क्षेत्रहरूमा सूचीबद्ध "आवश्यकता रहेका समुदाय" गठन गर्ने सबै योग्य बिरामीहरूलाई प्राथमिक स्वास्थ्य हेरचाह सेवाहरूको लागि आर्थिक सहायता प्रदान गर्नेछ।

### नयाँ 2022 संघीय गरीबी स्तर ग्रीड

| परिवारको आकार | गरीबी दिशानिर्देशको प्रतिशत |         |
|---------------|-----------------------------|---------|
|               | 200%                        | 400%    |
| 1             | 27,180                      | 54,360  |
| 2             | 36,620                      | 73,240  |
| 3             | 46,060                      | 92,120  |
| 4             | 55,500                      | 111,000 |
| 5             | 64,940                      | 129,880 |
| 6             | 74,380                      | 148,760 |
| 7             | 83,820                      | 167,640 |
| 8             | 93,260                      | 186,520 |

## वित्तीय सहायता र च्यारिटी केयरको नीति

संघीय गरीबी स्तर निर्देशिकाहरूअनुसार 200 प्रतिशत वा कम आय गर्ने बिरामीहरूका लागि चिकित्सकीय आवश्यक सेवाहरूको 100 प्रतिशत छुट छ। हाम्रो च्यारिटी कार्यक्रममा कस्मेटिक सर्जरी जस्ता वैकल्पिक सेवाहरू सामेल हुँदैनन्। संघीय गरीबी स्तर दिशानिर्देशहरूको 200 र 400 प्रतिशत कमाउनेहरू मेडिकेयर छुट दरको बराबर आंशिक छुटको लागि योग्य हुन सक्छन्। वित्तीय सहायताको लागि योग्य बिरामीहरूलाई मेडिकेयर छुट दर भन्दा बढी चार्ज गरिने छैन। कुनै बिरामी आर्थिक सहयोगको लागि योग्य छ र संघीय गरीबी स्तर दिशानिर्देशहरूको 200 प्रतिशत भन्दा कम कमाउँछ भने बिरामी कोष र कटौतीयोग्य छुट दरको लागि योग्य हुन सक्छन्। कस्मेटिक प्रक्रियाहरू, श्रवण यन्त्र र आँखा हेरचाह जस्ता सामान्यतया बीमाभित्र नपर्ने त्यस्ता सेवाहरू कुनै थप छुट बिना प्याकेज दरहरूमा मूल्य निर्धारण गर्दछ। सबै भुक्तानहरू सेवाको समयमा अपेक्षित हुन्छन्।

चिकित्सा स्याहारसँग सम्बन्धित विनाशकारी लागतहरूको सामना गरिरहेका बिरामीहरूका लागि पनि छुटहरू उपलब्ध छन्। बिरामीको हेरचाहको एपिसोडको लागि चिकित्सा खर्च उनीहरूको आयको %20 भन्दा बढी भएमा विनाशकारी लागतहरू देखा पर्दछ। यी मामिलाहरूमा, बिरामी कोषहरू र कटौतीयोग्यहरूलाई छुटमा समावेश गर्न सकिन्छ। यदि स्वास्थ्य बीमा एक्सचेन्ज योजना वा मेडिकेड योग्यता र अस्वीकार वा लागू गर्न नचाहनेहरू जस्ता अन्य कोष स्रोतहरूको लागि योग्य छन् भने च्यारिटी केयर छुट अस्वीकृत हुन सक्छ।

## आवेदनको प्रक्रिया

- थप सहयोगका लागि कृपया 315-448-3555 मा कल गर्नुहोस्। (सोमबार-शुक्रबार बिहान -8 बेलुका 4:30 बजे)
- तपाईं sjhsyr.org मा गई वित्तीय सहायता एप्लिकेसन डाउनलोड गर्न सक्नुहुन्छ। एप्लिकेसन सकाएपछि यसलाई दिइएको ठेगानामा मेल गर्नुपर्छ:

St. Joseph's Health Hospital  
Attn: Benefit Advocacy  
301 Prospect Ave  
Syracuse, NY 13203

- एप्लिकेसन बिरामीको पहिलो पोस्ट डिस्चार्ज बिलिङ्ग स्टेटमेन्टबाट 240 दिनमा पूरा गर्नु पर्ने हुन्छ।
- एप्लिकेसन प्राप्त भएपछि तपाईंलाई कागजात पेश गर्न थप 30 दिन दिइने छ। कागजात अनुरोध गरिएको 30 दिन भित्रमा पेश गरिएन भने, एप्लिकेसन फिर्ता लिइएको मानिने छ। तपाईंको एप्लिकेसनको समीक्षा गरिने छ र पूर्ण भएको एप्लिकेसनको रिसिप्ट पश्चात् 30 दिन भित्रमा तपाईंलाई निर्णयको लिखित जवाफ दिइने छ। सेन्ट जोसेफको स्वास्थ्यले संघीय गरीबी दिशानिर्देश र बिरामीको आय स्तरमा आधारित प्रत्येक सेवाको लागि भिन्न प्रकारका शुल्क मापन निर्धारण गर्दछ।
- अनुवादक सेवाहरू एप्लिकेसन प्रक्रियामा सहयोग पुर्याउनका लागि उपलब्ध छन्।
- यदि जालसाजीपूर्ण कागजात पेश गरिएको खण्डमा जुनसुकै पनि वित्तीय सहायता खारेज हुन सक्छ।
- योग्यताको निर्धारण पेश गरिएको कागजातमा निर्भर गर्दछ।