

UPMC वित्तीय सहायता आवेदन जानकारी

UPMC ले योग्य व्यक्ति तथा परिवारहरूलाई चिकित्सा स्याहारको लागि UPMC सुविधाहरू र UPMC सम्बद्ध चिकित्सकहरूद्वारा उपलब्ध गराइने वित्तीय सहायताको प्रस्ताव गर्छ। तपाईंको वित्तीय आवश्यकताको आधारमा, घटाइएको भुक्तानी वा निःशुल्क स्याहार उपलब्ध हुन सक्छ।

तपाईं निम्न अवस्थामा वित्तीय सहायताको लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ:

- तपाईंको स्वास्थ्य बिमा सीमित छ वा कुनै स्वास्थ्य बिमा गराउनुभएको छैन भने
- तपाईं सरकारी सहायताको लागि योग्य हुनुहुन्छ भने (उदाहरणको लागि, मेडिकेयर वा मेडिकेड)
तपाईंले आफूलाई वित्तीय सहायता आवश्यक छ भनी देखाउन सक्नुहुन्छ भने
- तपाईं कुनै UPMC प्रदायकको प्राथमिक सेवा क्षेत्रको बासिन्दा हुनुहुन्छ भने
- तपाईंले UPMC लाई आफ्नो घरेलु वित्तको बारेमा आवश्यक जानकारी प्रदान गर्नुहुन्छ भने
- UPMC मार्गनिर्देशनहरूद्वारा निर्धारण गरिए अनुसार, तपाईंले तिर्न सक्ने क्षमता नाघेका चिकित्सा बिलहरू भएमा

आवेदन प्रक्रियाको बारेमा

UPMC वित्तीय सहायतामा आवेदन दिन, कृपया निम्न चरणहरूलाई पछ्याउनुहोस्:

- यस प्याकेटमा रहेको UPMC वित्तीय सहायता आवेदन फाराम पूरा गर्नुहोस्।
 - > जाँचसूचीमा सूचीबद्ध सहायक कागजातहरू समावेश गर्नुहोस्।
 - > ध्यानमा राख्नुहोस् कि सर्वप्रथम तपाईंले आफ्नो स्याहारलाई समेट्ने केही प्रकारका बिमा लाभहरूका लागि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ कि हुनुहुन्छ भनी जाँच गर्नुपर्छ (उदाहरणको लागि, कामदारको क्षतिपति, सवारी साधन बिमा र चिकित्सा सहायता)। हामीले यिनीहरूका लागि कसरी सही संसाधनहरू प्राप्त गर्ने भन्ने देखाउन मद्दत गर्न सक्छौं।
 - > तपाईंको लागि उपलब्ध हुने सहायताको स्तर निर्धारण गर्न हामी तपाईंको आम्दानी र परिवारको आकारलाई हेर्नेछौं। संघीय गरीबी मार्गनिर्देशनहरूको आधारमा, हामी एउटा विसर्पी मान (स्लाइडिङ स्केल) प्रयोग गर्छौं।
- तपाईं UPMC वित्तीय सहायतामा योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्छ भनी तपाईंलाई थाहा दिन हामी सम्पर्कमा रहने छौं।
- UPMC वित्तीय सहायताले नसमेट्ने कुनैपनि बाँकी शुल्कहरू वा बिलहरूको लागि एउटा भुक्तानी योजनाको सेट अप गर्नमा हामी तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्छौं।

तपाईंको आवेदन दायर गर्ने

कृपया तपाईंको पूरा गरिएको आवेदन फाराम र तपाईंको आम्दानीलाई प्रमाणित गर्ने सामग्रीहरूका प्रतिलिपिहरूलाई निम्न ठेगानामा पठाउनुहोस्:

UPMC Financial Assistance

Quantum Building

2 Hot Metal St.

Pittsburgh, PA 15203

केन कम्युनिटी हस्पिटल र UPMC जेमसनका बिरामीहरूले आवेदनका सामग्रीहरूलाई तलको उचित ठेगानामा पत्र पठाउन सक्नेछन्।

Kane Community Hospital

4372 Route 6

Kane, PA 16735

UPMC Jameson

ध्यान दिनुहोस्: Billing Office 1211 Wilmington Rd.
New Castle, PA 16105

तपाईंसँग कुनैपनि प्रश्नहरू छन् भने, यो टोल-फ्री नम्बरमा कल गर्नुहोस्, 1-800-371-8359, विकल्प 2 थिच्नुहोस्।
अतिरिक्त जानकारी यस वेबमा पनि उपलब्ध छ
UPMC.com/PayMyBill।

UPMC वित्तीय सहायता - कागजातपत्र जाँचसूची

तपाईंको आवेदनमा निम्न मध्ये तपाईंलाई लागू हुने कुनैपनि कागजातहरूका प्रतिलिपिहरू समावेश गरिएको हुनुपर्छ। UPMC ले आवेदनको साथमा पठाइएको कुनैपनि कागजातहरू फिर्ता पठाउन नसक्ने हुँदा कृपया प्रतिलिपिहरू समावेश गर्नुहोस्, मूल कागजातहरू होइन। कुनैपनि कागजातहरू छुटेको भएमा, त्यसले तपाईंको आवेदन प्रक्रियालाई अगाडि बढाउनमा ढिलाइ गर्नेछ।

तपाईंसँग निम्न आम्दानी वा सम्पत्तिहरू छन् भने:

- ज्यालाहरू, तलबहरू, टिप्स
- व्यावसायिक आम्दानी
- सामाजिक सुरक्षा आम्दानी
- पेन्सन वा अवकाश आम्दानी
- लाभांशहरू र ब्याज
- भाडा र रोयल्टीहरू
- बेरोजगारी क्षतिपूर्ति
- कामदारहरूको क्षतिपूर्ति आम्दानी
- निर्वाह व्यय र बाल सहायता
- कानूनी फैसला
- नगद, बैंक खाताहरू र मुद्रा बजारका खाताहरू
- परिपक्व बचत प्रमाणपत्रहरू, पारस्परिक कोषहरू, बन्धकी पत्रहरू (बोन्डहरू) वा अन्य सजिलैसँग परिवर्तन गर्न सकिने लगानीहरू जसलाई कुनै जरिवाना बिना नगदमा परिणत गर्न सकिन्छ

तपाईंको घरेलु आम्दानीको सम्बन्धमा अतिरिक्त प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्, जसमा निम्न पर्न सक्छन्:

- सामाजिक सुरक्षा 1099 फारामहरू वा अवार्ड लेटरहरू (वित्तीय सहायताको सम्बन्धमा पठाइएको पत्र)
- बेरोजगारी वा कामदारहरूको क्षतिपूर्तिको अवार्ड लेटरहरू
- पछिल्ला तीन महिनाका पे स्टबहरू (पारिश्रमिक दिएको भनेर प्रमाणित गर्ने कागज)
- हालैको IRS फाराम 1040 र उचित तालिकाहरू
- तपाईं स्वरोजगार हुनुहुन्छ भने, तपाईंले अनुसूची C र/वा नाफा-नोक्सान विवरण सहित पूर्ण कर फिर्ता समावेश गर्नुपर्छ
- बैंक विवरणहरू, पारस्परिक कोष विवरणहरू, मुद्रा बजारको खाताहरू, बचत प्रमाणपत्रहरू, बोन्डहरू आदि (पछिल्लो तीन महिना देखिका विवरणहरू)
- समर्थन पत्रहरू
- अन्य आम्दानीहरू जस्तै, ट्रस्ट कोषहरू, परोपकारी फाउन्डेसनहरू आदि (पछिल्लो तीन महिना देखिका विवरणहरू)

तपाईंको कुनै आम्दानी छैन भने:

- तपाईंसँग कुनै आम्दानी छैन भने, हामीलाई एउटा समर्थन पत्र पठाउनुहोस्। तपाईंलाई समर्थन प्रदान गर्ने व्यक्तिले पत्रमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।

चिकित्सा सहायता अस्वीकरण पत्र

- हामीले तपाईंको आवेदनलाई स्वीकार्नुभन्दा अगाडि तपाईंले चिकित्सा सहायताको लागि आवेदन दिनुपर्छ र तपाईंको अस्वीकरण पत्रको एउटा प्रतिलिपि पठाउनुपर्छ।

तपाईंको पूरा गरिएको र हस्ताक्षर गरिएको वित्तीय सहायता आवेदन फाराम

- कृपया तपाईंलाई लागू हुने फारामका सबै भागहरू पूरा गर्नुहोस्। ध्यानमा राख्नुहोस् कि वित्तीय सहायताको लागि अनुरोध गर्ने प्रत्येक बिरामीको लागि छुट्टा-छुट्टै आवेदन पूरा गरिनुपर्छ।

UPMC वित्तीय सहायता - आवेदन जानकारी

बिरामीको नाम:		
बिरामीको जन्ममिति:	बिरामीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर:	
ठेगाना:	दिवा समयको फोन नम्बर:	
सहर:	राज्य:	वैकल्पिक फोन नम्बर:
जिप:	काउन्टी:	
रोजगारदाताको नाम:	जीवनसाथीको रोजगारदाताको नाम:	

अनुरोध गरिएका सेवाहरू: तपाईंले वित्तीय सहायताको लागि अनुरोध गर्न लाग्नु भएका सेवाहरूमा चिन्ह लगाउनुहोस्।

यी सेवाहरू निम्नले प्रदान गरेका थिए (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्):

UPMC अस्पताल र क्लिनिकहरू UPMC फिजिसियन सेवा विभाग UPMC क्यान्सर केन्द्र

तपाईंले बिल प्राप्त गरिसक्नुभएको छ भने, कृपया हामीलाई तपाईंको खाता वा बिरामी आईडी नम्बर दिनुहोस्। _____

तपाईंले स्वास्थ्य बिमा गर्नुभएको छ? छु छैन

तपाईंले विगतका 6 महिनामा चिकित्सा सहायताको लागि आवेदन दिनुभएको छ? छु छैन

> यदि दिनुभएको छ भने, कृपया अस्वीकरण पत्रको एउटा प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्।

घरेलु जानकारी: तपाईंको घरका सबै सदस्यहरू तपाईंको सबैभन्दा पछिल्लो IRS फाराम 1040 मा भएका आश्रितहरू सहित लाई सूचीकृत गर्नुहोस्।

नाम	बिरामीसँगको नाता	उमेर

घरका सदस्यहरूको कुल सङ्ख्या (बिरामी सहित): _____

पृष्ठ 4 को 3

मासिक घरेलु आम्दानी: आफ्नो र घरका अन्य सदस्यहरूको मासिक आम्दानी उल्लेख गर्नुहोस्। साथमा आम्दानी प्रमाणित गर्ने कुनैपनि कागजातहरू संलग्न गर्नुहोस् (कागजात जाँच सूची हेर्नुहोस्)।

कूल मासिक घरेलु आम्दानी	आफ्नो	जीवनसाथी र/वा घरका अन्य सदस्यहरू
पारिश्रमिक/स्वरोजगार	\$	\$
सामाजिक सुरक्षा	\$	\$
पेन्सन वा अवकास आम्दानी	\$	\$
लाभांशहरू र ब्याज	\$	\$
भाडा र राजस्वहरू	\$	\$
बेरोजगारी	\$	\$
कामदारहरूको पारितोषिक	\$	\$
निर्वाह व्यय र बाल सहायता	\$	\$
नगद	\$	\$
बैंक खाताहरू	\$	\$
मुद्रा बजारका खाताहरू	\$	\$
अन्य आम्दानी	\$	\$
कूल मासिक पारिवारिक आम्दानी	\$	\$

अतिरिक्त टिप्पणीहरू:

प्रतिदाबी: म बुझ्दछु कि मैले प्रदान गरेको जानकारीलाई, UPMC ले मलाई लगाएका शुल्कहरू (अस्पताल र चिकित्सक सेवाहरू सहितका चिकित्सा स्याहार) को लागि वित्तीय उत्तरदायित्व निर्धारण गर्नको लागि मात्र प्रयोग गरिनेछ र त्यसलाई गोपनीय राखिनेछ। म बुझ्दछु कि मेरो आम्दानी र सम्पतिहरूलाई प्रमाणित गर्नको लागि मैले पठाएको सामग्रीहरूलाई फिर्ता गरिनेछैन। म यो पनि बुझ्दछु कि आवश्यक भएमा मैले यस आवेदनमा सूचीबद्ध गरेका रोजगारदाता, बैंक र अन्य पक्षहरूबाट सहित र मैले पेश गरेको मेरो वार्षिक पारिवारिक आम्दानी र परिवारको आकारको जानकारीको UPMC द्वारा प्रमाणीकरण गर्न सकिनेछ। म बुझ्दछु कि यदि मद्दारा दिइएको कुनैपनि जानकारी गलत छ भनी निर्धारित भएमा, परिणाम स्वरूप वित्तीय सहायताको स्वीकृति रद्द हुन सक्छ र म सबै शुल्कहरूको पूर्ण रकमको लागि उत्तरदायी हुनेछु।

मेरो हस्ताक्षरले UPMC लाई यस फाराममा प्रदान गरिएको सबै जानकारीको सत्यता सिद्ध गर्ने अधिकार दिन्छ। म घोषणा गर्दछु कि माथिको जानकारी मलाई थाहा भएसम्म वास्तविक र सही छ।

हस्ताक्षर: _____

बिरामीसँगको नाता: _____

मिति: _____