

तपाईंको एकाउन्ट बारे छलफल गर्न र आर्थिक सहायताबारे सोधपुछ गर्न University of Utah Health बिलिङ कार्यालय सम्पर्क गर्नुभएकोमा धन्यवाद।

हामी अगाडी बढ्नको लागि, कृपया यो पेजको तल रहेको ठेगानामा निम्न कागजातहरू पठाउनुहोस्:

- पुरा गरेको आर्थिक निवेदन (संलग्न रहेको)
- तपाईंको हालको आर्थिक स्थिति व्याख्या गर्ने चिठी
- ३ महिनाको बैंक स्टेटमेन्टको प्रतिलिपि
- गत वर्षको फेडेरल आम्दानी कर फिर्ताको पूर्ण प्रतिलिपि W-2s सहित
- विगतको दुई (२) भुक्तानी अवधिहरूको पेचेक स्टब र/वा अन्य आम्दानीको प्रतिलिपि

तपाईं यी कुनै वा सबै कागजातहरू खुलासा गर्न बाध्य हुनुहुँदैन। यद्पी, यो सूचना बिना, University of Utah Health ले तपाईं सहायताको लागि योग्य हुनुहुन्छ कि भनेर निर्धारण गर्न सक्दैन र तपाईंको ब्यालेन्स समायोजन गर्न असमर्थ हुनेछ वा तपाईंको एकाउन्ट कलेक्सनहरूमा जान रोकथाम गर्न सक्ने छैन।

कागजातहरू यो चिठीको मिति देखि ३० दिन भित्र अनिवार्य प्राप्त हुनुपर्छ। यदि कागजातहरू त्यो समयसम्म प्राप्त गरिँदैनन् भने हामीले संकलन क्रियाकलाप सुरु गर्नेछौं। यदि तपाईं यी कागजातहरू मध्ये एउटा वा बढी प्रदान गर्न सक्नु हुँदैन भने, कृपया समेट्न नसकिएको परिस्थिति आफ्नो चिठीमा समावेश गर्नुहोस्।

जब आवश्यक कागजात पेश गरिन्छ, तपाईं पुरा वा आंशिक आर्थिक सहायताको लागि योग्य हुनुहुन्छ भनेर निर्धारण गर्न एउटा समिक्षा पुरा गरिने छ तपाईंको निवेदन प्राप्त गरेको ३० दिन भित्र, तपाईंलाई समिक्षाको नतिजा सुचित गराइने छ। यदि तपाईंसँग थप प्रश्नहरू छन् भने, कृपया तल भएका कुनै एउटा नम्बरमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

भवदीय,

बिलिङ प्रतिनिधि

University of Utah Health

801-587 - 6303 (युटाबाट कल गर्दा)

800-862 - 4937 (स्टेटभन्दा बाहिरबाट कल गर्दा)

## आर्थिक सहायताको लागि निवेदन

बिरामी नाम	जन्म मिति	एकाउन्ट नम्बर:

जिम्मेवारी पक्षको नाम \_\_\_\_\_ जन्म मिति \_\_\_\_\_ सोसल सेक्युरिटी नम्बर \_\_\_\_\_

बिरामीसँगको सम्बन्ध \_\_\_\_\_ घरको फोन \_\_\_\_\_ मोबाइल फोन \_\_\_\_\_

रोजगारदाता नाम \_\_\_\_\_ कार्यस्थलको फोन \_\_\_\_\_

जीवनसाथीको नाम \_\_\_\_\_ जीवनसाथीको जन्म मिति \_\_\_\_\_ सोसल सेक्युरिटी नम्बर \_\_\_\_\_

जीवनसाथीको घरको फोन \_\_\_\_\_ जीवनसाथीको मोबाइल फोन \_\_\_\_\_ जीवनसाथीको रोजगारदाता नाम \_\_\_\_\_

कृपया बिगत १२ महिनामा बस्नुभएको ठाउँहरू सुचीकृत गर्नुहोस्:

ठेगाना	शहर	स्टेट	जिप	बाट (महिना/वर्ष)	सम्म (महिना/वर्ष)

के जीवनसाथी जिम्मेवार पक्ष जुन घरमा बस्नुभएको छ त्यहि घरमा बस्दै हुनुहुन्छ? (एउटा घेरा लगाउनुहोस्)? हो होइन

## परिवार आकार

हामी परिवार सदस्यहरू निर्धारण गर्न IRS को जस्तै निर्देशिका प्रयोग गर्छौं

घरमा बसिरहेका मानिसहरूको जम्मा संख्या	
---------------------------------------	--

कृपया हो वा होइनमा घेरा लगाउनुहोस्

आश्रितको नाम	जन्म मिति	सम्बन्ध	आधा वर्ष भन्दा बढी जिम्मेवार पक्षसँग बस्छन्	जिम्मेवार पक्षले यो व्यक्तिलाई जम्मा सहायताको आधा भन्दा बढी प्रदान गर्छन्	अमेरिकी नागरिक, अमेरिकी राष्ट्रिय, अमेरिकी वासिन्दा, क्यानाडा वा मेक्सिको निवासी?	के जिम्मेवार पक्ष मात्रै यो व्यक्तिलाई आश्रित हो भनेर दाबी गर्दै छ?
			छ छैन	छ छैन	छ छैन	छ छैन
			छ छैन	छ छैन	छ छैन	छ छैन

			छ छैन	छ छैन	छ छैन	छ छैन
			छ छैन	छ छैन	छ छैन	छ छैन
			छ छैन	छ छैन	छ छैन	छ छैन
			छ छैन	छ छैन	छ छैन	छ छैन
			छ छैन	छ छैन	छ छैन	छ छैन

## आम्दानी

आम्दानी प्रकार	जिम्मेवार पक्ष रकम	जीवनसाथी रकम	प्रमाणीकरण आवश्यक
रोजगार - कुल	\$	\$	<input type="checkbox"/> ३ महिनाको बैंक स्टेटमेन्टको प्रतिलिपि <input type="checkbox"/> गत वर्षको फेडेरल आम्दानी कर फिर्ताको पूर्ण प्रतिलिपि W-2s सहित <input type="checkbox"/> बिगतको दुई (२) भुक्तानी अवधिहरूको पेचेक स्टब र/वा अन्य आम्दानीको प्रतिलिपि
स्वयम् रोजगार - कुल	\$	\$	<input type="checkbox"/> ३ महिनाको बैंक स्टेटमेन्टको प्रतिलिपि <input type="checkbox"/> गत वर्षको फेडेरल आम्दानी कर फिर्ताको पूर्ण प्रतिलिपि W-2s सहित <input type="checkbox"/> फाइदा र घाटा रिपोर्ट
निवृत्तिभरण, सेवानिवृत्ति, IRA, 401K, सामाजिक सुरक्षा आम्दानी	\$	\$	<input type="checkbox"/> तपाईंको निवृत्तिभरण/ सेवानिवृत्ति स्टेटमेन्ट र/वा सामाजिक सुरक्षा पाएको चिठी प्रदान गर्नुहोस्
बेरोजगार, अशक्तता आम्दानी आदि	\$	\$	<input type="checkbox"/> बेरोजगार वा अशक्तता अवार्ड चिठी प्रदान गर्नुहोस् <input type="checkbox"/> ३ महिनाको बैंक स्टेटमेन्ट
बच्चा सहायता, निर्वाह व्यय	\$	\$	<input type="checkbox"/> ३ महिनाको बैंक स्टेटमेन्ट
अन्य (कृपया श्रोतको सुची बनाउनुहोस्):	\$	\$	<input type="checkbox"/> ३ महिनाको बैंक स्टेटमेन्ट तपाईंको आम्दानी श्रोत(हरू)को व्याख्या सहित प्रदान गर्नुहोस्

## सम्पत्ति

प्रकार	वित्तीय संस्था(हरू)	जम्मा ब्यालेन्स
नगद		\$
सेभिङ खाता(हरू)		\$
चेकिङ खाता(हरू)		\$
स्टक वा बोन्डहरू		\$
अन्य:		\$

## सबै बाँकी मेडिकल ऋणको सूची

खाता #	प्रदायकको नाम	सकूल ब्यालेन्स	हालको ब्यालेन्सहरू	मासिक भुक्तानीहरू
		\$	\$	\$

		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

### अहिले स्वामित्वमा भएको सबै ऋणको सूची

ऋणदाता, ऋणको प्रकार (क्रेडिट कार्ड, व्यक्तिगत ऋणहरू)	मासिक भुक्तानीहरू	हालको ब्यालेन्स
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

हामी सबै बिरामीहरू जो आर्थिक सहायताको लागि आवेदन दिन्छन् उनीहरूलाई कोषका अन्य साधनहरू प्रयास गर्न सोध्छौं।

### कृपया हुन्छ वा हुँदैन रोज्नुहोस्।

के तपाईंको रोजगारदाता वा जीवनसाथीको रोजगारदाताले शुप स्वास्थ्य बिमा प्रदान गर्छ?

<input type="checkbox"/>	गर्छ	<input type="checkbox"/>	गर्दैन
<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन
<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन
<input type="checkbox"/>	गर्छ	<input type="checkbox"/>	गर्दैन
<input type="checkbox"/>	थियो	<input type="checkbox"/>	थिएन
<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन
<input type="checkbox"/>	छु	<input type="checkbox"/>	छैन
<input type="checkbox"/>	छ	<input type="checkbox"/>	छैन

यदि गर्छ भने, बिमा कम्पनीको सूची बनाउनुहोस्: \_\_\_\_\_

यदि गर्छ भने, बिमा कम्पनीको सूची बनाउनुहोस्: \_\_\_\_\_

के तपाईंसँग अन्य किसिमको बिमाहरू जस्तै Allstate, AFLAC आदि छ ?

के तपाईंसँग हेल्थ सेभिड/फ्लेक्स स्पेन्डीड खाता छ?

के तपाईंको रोजगारदाताले कुनै घटाउन मिल्ने वा स्वास्थ्य हेरचाह खर्च प्रतिपूर्ति गर्छ?

के तपाईंलाई Medicaid अस्वीकार गरिएको थियो?

के तपाईंले स्टेट सहायता कार्यक्रमहरूको लागि आवेदन दिनुभएको छ?

के तपाईं पहिलेको रोजगारदाता मार्फत COBRA को लागि योग्य हुनुहुन्छ?

के तपाईंसँग परिवार वा चर्च सहायता छ?

यदि थियो भने, कृपया Medicaid अस्वीकृतिको एउटा प्रति संलग्न गर्नुहोस्।  
उदाहरणहरू: CHIP, PCN, Crime Victims, आदि।

\* यदि परिवार वा साथीहरू सहायता प्रदान गर्दैन भने, हामिलाई उनीहरूबाट उनीहरू कसरी सहायता गर्दैन भन्ने बारे व्याख्या गरेर एउटा चिठी आवश्यक पर्ने छ।

कृपया तपाईंको आर्थिक अवस्था तल व्याख्या गर्नुहोस्। तपाईंको समस्या बुझ्नको लागि र हामीसँग तपाईंको मेडिकल ऋण भुक्तानी गर्न असमर्थ भएको कारण थाहा पाउनु पर्ने जे कुरा पनि समेट्नुहोस्। यदि तपाईंलाई थप ठाउँ चाहिन्छ भने एउटा छुट्टै पाना संलग्न गर्न सक्नुहुन्छ।

---



---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**निवेदक(हरू)को हस्ताक्षर**

म यस मार्फत प्रमाणित गर्छु र शपथ अन्तर्गत बताउँन चाहन्छु कि यो फारममा संलग्न भएको जानकारी साँचो छ र मेरो ज्ञान अनुसार पुरा छ। म यो पनि बुझ्छु कि श्रोतहरू पुष्टि गर्न एउटा क्रेडिट ब्युरो रिपोर्ट तान्न सकिन्छ

---

हस्ताक्षर (जिम्मेवार पक्ष)	मिति
----------------------------	------

---

हस्ताक्षर (जीवनसाथी)	मिति
----------------------	------

कृपया सबै पत्राचार निम्न ठेगानामा पठाउनुहोस्:

**University of Utah Health  
Billing Office**

PO Box 841482

Los Angeles, CA 90084-1482

इमेल: [billing@healthcare.utah.edu](mailto:billing@healthcare.utah.edu)

फ्याक्स: 801.213.3385

**गोपनियता ऐन सूचना:** University of Utah Health गोप्य किसिमले तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर बेला बेलामा कायम गर्छ जस्तै कागजात म्याच गर्न सहजीकरण गर्ने, तपाईंको पहिचान पुष्टि गर्ने, तपाईंको मेडिकल इतिहास, ड्रग एलर्जीहरू पुरानो अवस्थाहरू, ऋण संकलन ट्रयाक गर्ने, यो सूचना भुक्तानी गर्नेहरू जस्तै तपाईंको बिमा कम्पनि, Medicaid, Medicare वा इन्डस्ट्रियल कमिसनलाई प्रदान गर्ने। तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बरको खुलासा स्वेच्छिक हो तर छुटको योग्यता निर्धारण गर्न र तपाईंको क्रेडिट विस्तार गर्न आवश्यक छ। यदि तपाईंको भुक्तान गर्नेले तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर पहिचानकर्ताको रूपमा प्रयोग गर्छ भने, तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर खुलासा गर्न असमर्थता समेटिएको सेवाहरूको लागि भुक्तान गर्न ढिलो हुने वा असमर्थ हुने हुन्छ र तपाईंलाई यी सेवाहरूको बिल गरिन सक्छ। यी उद्देश्यहरूको लागि तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर प्रयोग गरिने छ।

*University of Utah Health लागु हुने फेडरल नागरिक अधिकार कानूनहरूसँग अनुपालन गर्छ र जात, रङ्ग, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अशक्तता वा लिङ्गको आधारमा भेदभाव गर्दैन।*