

## UPMC वित्तीय सहायता आवेदनसम्बन्धी जानकारी

UPMC ले योग्य व्यक्ति र परिवारहरूलाई UPMC सुविधा र UPMC सम्बद्ध चिकित्सकहरूद्वारा उपलब्ध गराइने चिकित्सा स्याहारका लागि वित्तीय सहायता प्रदान गर्छ। तपाईंको वित्तीय आवश्यकताको आधारमा, कम भुक्तानीमा वा निःशुल्क स्याहार उपलब्ध हुन सक्छ।

तपाईं निम्न अवस्थामा वित्तीय सहायताका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ:

- स्वास्थ्य बीमा सीमित छ वा छैन भने
- सरकारी सहायता(उदाहरणका लागि, Medicare वा Medicaid) का लागि योग्य हुनुहुन्न भने
- आफूलाई वित्तीय आवश्यक भएको देखाउन सक्नुहुन्छ भने
- UPMC लाई तपाईंको घरपरिवारका वित्तका बारेमा आवश्यक जानकारी उपलब्ध गराउनुहुन्छ भने
- UPMC निर्देशिकाहरूद्वारा निर्धारण गरेअनुसार तपाईंको भुक्तानी गर्ने क्षमताभन्दा बढी हुने रकममा मेडिकल बिलहरू छन् भने

### आवेदन प्रक्रियाका बारेमा

UPMC वित्तीय सहायताका लागि आवेदन दिन, कृपया यी चरणहरू पालना गर्नुहोस्:

- यस प्याकेटबाट UPMC वित्तीय सहायता आवेदन फाराम भर्नुहोस्।
  - > चेकलिस्टमा सूचीबद्ध समर्थन कागजातहरू समावेश गर्नुहोस्।
  - > तपाईंले आफ्नो स्याहार (जस्तै, कामदारको क्षतिपूर्ति, अटोमोबाइल बीमा र चिकित्सा सहायता) कभर गर्ने केही प्रकारका बीमा लाभहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भन्ने कुरा पहिले खोज्नुपर्छ भनी नोट गर्नुहोस्। हामी तपाईंलाई यिनीहरूका लागि सही स्रोतहरू कसरी प्राप्त गर्ने भनी देखाउनमा मद्दत गर्न सक्छौं।
  - > त्यसपछि हामी तपाईंलाई उपलब्ध सहायताको स्तर निर्धारण गर्न तपाईंको आम्दानी र परिवारको आकार हेर्छौं। हामी संघीय गरिबी निर्देशिकाहरूमा आधारित स्लाइडिङ स्केल प्रयोग गर्छौं।
- तपाईं UPMC वित्तीय सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने हामी तपाईंलाई थाहा दिनका लागि सम्पर्क गर्ने छौं।
- हामी तपाईंलाई UPMC वित्तीय सहायताले कभर नगरेका कुनै पनि बाँकी शुल्क वा बिलहरूका लागि भुक्तानी योजना सेटअप गर्नेमा मद्दत गर्न सक्छौं।

### तपाईंको आवेदन दाखिला गर्ने

Please mail your filled-out application form and copies of your proof of income materials to:

**UPMC Financial Assistance**  
Quantum Building  
2 Hot Metal St.  
Pittsburgh, PA 15203

Patients of UPMC Central PA and UPMC Somerset can mail application materials to the appropriate address below:

**UPMC Central PA**  
Patient Financial Coordinator UPMC in Central Pa  
P.O. Box 2353 Harrisburg, PA 17105-2353  
717-231-8989 वा 1-877-499-3899 (टोल-फ्री), विकल्प 3

**UPMC Somerset**  
Attn: Cashier  
225 S. Center Avenue  
Somerset, PA 15501  
1-814-443-5002

If you have any questions, please call toll-free, 1-800-371-8359, press option 2. Additional information is also available on the web at [UPMC.com/PayMyBill](http://UPMC.com/PayMyBill).

# UPMC वित्तीय सहायता – कागजात चेकलिस्ट

तपाईंको आवेदनमा तपाईंलाई लागू हुने निम्नमध्येका कागजातहरूका प्रतिलिपिहरू समावेश गर्नुपर्दछ। कृपया UPMC ले आवेदनका साथ पठाइएका कुनै पनि कागजातहरू फिर्ता गर्न नसक्ने भएकाले सक्कल कागजात नभइ प्रतिलिपिहरू संलग्न गर्नुहोस्। यदि यीमध्ये कुनै कागजात छैन भने, यसले तपाईंको आवेदन प्रक्रियामा ढिलाइ हुने छ।

**यदि तपाईंसँग निम्न जस्ता आम्दानी वा सम्पत्ति छन् भने:**

- ज्याला, तलब, टिप्स
- व्यावसायिक आम्दानी
- सामाजिक सुरक्षा आम्दानी
- पेन्सन वा सेवानिवृत्त आम्दानी
- लाभांश र ब्याज
- भाडा र रोयल्टीहरू
- बेरोजगारी क्षतिपूर्ति
- कामदारको क्षतिपूर्ति आम्दानी
- विवाह भत्ता र बाल सहायता
- कानुनी फैसलाहरू
- नगद, बैंक खाता र रकम बजारका खाताहरू
- बचत प्रमाणपत्र, म्युचुअल फन्ड, बन्ड वा अन्य सजिलैसँग परिवर्तन गर्न सकिने लगानीहरू

**तपाईंको घरपरिवारको आम्दानीको प्रमाण संलग्न गर्नुहोस्, जसमा निम्न कुरा समावेश हुन सक्छ:**

- सामाजिक सुरक्षा 1099 फारामहरू वा पुरस्कार पत्रहरू
- बेरोजगारी वा कामदारहरूको क्षतिपूर्ति पुरस्कार पत्रहरू
- पछिल्लो 30 दिनका भुक्तानी स्टबहरू
- भर्खरका IRS फाराम 1040 र उपयुक्त सूचीहरू
- तपाईं स्वरोजगार हुनुहुन्छ भने, तपाईंले अनुसूची C र/वा नाफा र नोक्सान विवरणको साथ पूर्ण कर फिर्ता समावेश गर्नुपर्छ
- समर्थन पत्रहरू
- टस्ट कोष, परोपकारी प्रतिष्ठान आदि जस्ता अन्य आम्दानी (यो महिना वा गत महिनाको विवरण)

**Attach proof of your assets, which may include:**

- Bank statements, mutual fund statements, money market accounts, COD's, bonds, etc. (statement from this month or last month from all accounts)

**तपाईंसँग कुनै आम्दानी छैन भने:**

- तपाईंसँग कुनै आम्दानी छैन भने, हामीलाई सहायता पत्र पठाउनुहोस्। तपाईंको सहायता उपलब्ध गराउने व्यक्तिले पत्रमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।

**तपाईंको पूर्ण र हस्ताक्षर गरिएको वित्तीय सहायता आवेदन फाराम**

- कृपया तपाईंलाई लागू हुने फारामका सम्पूर्ण भागहरू पूरा गर्नुहोस्। वित्तीय सहायता अनुरोध गर्ने प्रत्येक व्यक्तिगत बिरामीका लागि छुट्टै आवेदन पुरा गर्नुपर्छ भन्ने कुरा नोट गर्नुहोस्।

# UPMC वित्तीय सहायता – आवेदन फाराम

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

**घरपरिवारसम्बन्धी जानकारी:** तपाईंको भर्खरको IRS फाराम 1040 मा भएका आश्रितहरूसहित तपाईंको घरपरिवारका सबै सदस्यहरूलाई सूचीबद्ध गर्नुहोस्। तपाईंको घरपरिवारको सदस्यसँग वित्तीय सहायताका लागि विचार गरिनु पर्ने छुट्टै UPMC मेडिकल बिल छ भने, कृपया "UPMC मेडिकल बिल" अन्तर्गतको बाकसमा सही चिन्ह लगाउनुहोस्।

नामहरू	बिरामीसँगको नाता	जन्म मिति	UPMC मेडिकल बिल

घरपरिवारका सदस्यहरूको कुल सङ्ख्या (बिरामीसहित): \_\_\_\_\_

तपाईंले पहिले नै बिल प्राप्त गर्नुभएको छ भने कृपया हामीलाई आफ्नो खाता वा बिरामी आईडी नम्बर दिनुहोस्: \_

तपाईंसँग स्वास्थ्य बीमा छ?  छ  छैन

यदि छ भने बीमासम्बन्धी जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्: \_\_\_\_\_

तपाईंसँग कुनै बैंक खाता छ?  छ  छैन

यदि छ भने, 1 महिनाको सबै स्वामित्वको बैंक स्टेटमेन्ट उपलब्ध गराउनुहोस्।

मासिक घरपरिवारको आम्दानी: आफ्नो र घरपरिवारका अन्य सदस्यहरूका लागि मासिक आम्दानी दिनुहोस्। आफ्नो आम्दानीको प्रमाणका कागजातहरूका प्रतिलिपिहरू पनि संलग्न गर्नुहोस् (कागजात चेकलिस्ट हेर्नुहोस्)।

मासिक कुल आम्दानी	स्वयम्	दम्पती र/वा परिवारका अन्य सदस्यहरू
ज्याला/स्वरोजगार	\$	\$
सामाजिक सुरक्षा	\$	\$
पेन्सन वा सेवानिवृत्त आम्दानी	\$	\$
लाभांश र ब्याज	\$	\$
भाडा र रोयल्टीहरू	\$	\$
बेरोजगारी	\$	\$
कामदारहरूको क्षतिपूर्ति	\$	\$
विवाह भत्ता र बाल सहायता	\$	\$
अन्य आय	\$	\$
<b>परिवारको कुल मासिक आम्दानी</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

थप टिप्पणीहरू:

**अस्वीकरण:** मैले उपलब्ध गराउने जानकारी UPMC (अस्पताल र चिकित्सक सेवाहरूसहितको चिकित्सा स्याहार) मा मेरो शुल्कहरूका लागि वित्तीय जिम्मेवारी निर्धारण गर्न मात्र प्रयोग गरिने छ र यसलाई गोपनीय राखिने छ। मैले मेरो आम्दानी र सम्पत्ति प्रमाणित गर्न पठाएका सामग्रीहरू फिर्ता गरिने छैन भन्ने कुरा बुझ्दछु। मैले मेरो परिवारको वार्षिक आम्दानी र परिवारको आकारको सम्बन्धमा पेश गरिएको जानकारी यस आवेदनमा मैले सूचीबद्ध गरेका रोजगारदाता, बैंक र अन्य संस्थाहरूबाट वित्तीय जानकारी प्राप्त गर्दै आवश्यकतानुसार UPMC द्वारा प्रमाणीकरण गर्न सकिन्छ भन्ने कुरा पनि म बुझ्दछु। मैले दिएको कुनै पनि जानकारी गलत हो भनी निर्धारण गरिएको छ भने, यसले वित्तीय सहायता स्वीकृतिलाई उल्टाउन सक्छ र म सबै शुल्कहरूको पूर्ण रकमका लागि उत्तरदायी हुने छु भन्ने कुरा बुझ्दछु। म UPMC द्वारा वित्तीय सहायता निर्धारण आवेदन वा मेरो लागि बीमा कभरेज वा परिस्थितिहरूको अन्य भौतिक परिवर्तनको परिणामस्वरूप दाबी निर्णयमा कुनै पनि सामग्री जानकारी गलत उल्लेख गरिएको वा यसबाट हटाइएको अवस्थामा परिमार्ज गर्न वा फिर्ता लिन सकिन्छ भन्ने कुरा बुझ्दछु।

मेरो हस्ताक्षरले UPMC लाई यस फाराममा उपलब्ध गराइएका सम्पूर्ण जानकारीहरू प्रमाणीकरण गर्न अधिकार दिन्छ। माथिको जानकारी मेरो उत्तम ज्ञानअनुसार सही र सत्य छ भनी म प्रमाणित गर्दछु।

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

बिरामीसँगको सम्बन्ध: \_\_\_\_\_

मिति: \_\_\_\_\_