

वित्तीय सहायताका लागि आवेदन

मेरो वार्षिक आम्दानी, परिवारको आकार र सम्पत्ति सम्बन्धित पेश गरिएका जानकारी Pine Rest Christian मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरूको प्रमाणीकरणको अधीनमा छ भन्ने म बुझ्दछु/पेश गरिएको जानकारी गलत भनी निर्धारण गरिएमा, यसले परिणामस्वरूप यस आवेदनको अस्वीकार निम्ताउने छ र खाताको तिर्न बाँकी रहेको रकममा मेरो जिम्मेवारी रहने छ भन्ने पनि म बुझ्दछु।

खण्ड एक: बिरामीको जानकारी (कृपया लेख्नुहोस्)							
खाता नम्बर		सेवाको मिति(हरू)			सामाजिक सुरक्षा नम्बर		
बिरामीको नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको प्रथमाक्षर)					जन्म मिति		
ठेगाना			सहर		राज्य		जीप
घरको फोन ()		सेल फोन ()		अन्य फोन ()		काउण्टी	
वैवाहिक स्थिति एकल विवाहित सम्बन्ध विच्छेद भएको अन्य _____		तपाईं संयुक्त राज्य अमेरिकाको कानूनी निवासी हुनुहुन्छ? हो होइन			तपाईंसँग आफ्नो सेवाको समयमा स्वास्थ्य बीमा वा अन्य कुनै पनि कभरेज थियो? थियो थिएन		
तपाईं संघीय कर फिर्ताको लागि दायर गर्नुहुन्छ? हो होइन होइन भने, किन? _____		प्राथमिक दाखिलाकर्ता को हो? स्वयं जीवनसाथी अन्य: _____			घरको कुनै सदस्यले सार्वजनिक सहायता प्राप्त गर्नुहुन्छ? नगद खाद्य अन्य: _____		
खण्ड दुई: उत्तरदायी/जिम्मेवार पक्षको जानकारी							
उत्तरदायी/जिम्मेवार पक्ष: नाम (अन्तिम, पहिलो, बीचको नामको पहिलो अक्षर)					जन्म मिति		सामाजिक सुरक्षा नम्बर
ठेगाना			सहर		राज्य		जीप
सेल फोन ()		अन्य फोन ()		काउण्टी		बिरामीसँगको सम्बन्ध	
खण्ड तीन: घरायसी जानकारी (तपाईंको घरमा बस्ने सबैजनाको नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस्)							
घरको सदस्यको नाम	जन्ममिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	यो व्यक्ति तपाईंको संघीयकर फिर्तामा सूचीबद्ध हुनुहुन्छ?	घरको सदस्यको नाम	जन्ममिति	बिरामीसँगको सम्बन्ध	यो व्यक्ति तपाईंको संघीयकर फिर्तामा सूचीबद्ध हुनुहुन्छ?
1.			हो होइन	4.			हो होइन
2.			हो होइन	5.			हो होइन
3.			हो होइन	6.			हो होइन
कुनै पनि थप घरका सदस्यको नाम थप कागजमा पेश गर्न सकिन्छ।							

खण्ड चार:खर्चहरू (घरको सबै सदस्यहरूको मासिक खर्चको सूची तयार गर्नुहोस्)			
घरको भुक्तानी	कारको भुक्तानी	ताप	सेल फोन
सम्पत्तिको कर (वर्ष)	कारको बीमा	बिजुली	किराना सामग्री
भाडा/लट भाडा	इन्धन (सवारी साधन)	फोन	शिक्षा शुल्क
घरको/भाडाको बीमा	बाल स्याहार/बाल सहायता	पानी/नाली/फोहोर फाल्ने	अन्य:
स्वास्थ्य बीमा/खर्चहरू	जीवन बीमा	केबल/डिश/इन्टरनेट	अन्य:

खण्ड पाँच:आम्दानी (घरको सबै सदस्यहरूको मासिक आम्दानीको सूची तयार गर्नुहोस्)					
मासिक आम्दानीको स्रोत	यो आम्दानी घरको कुन सदस्यले प्राप्त गर्नुहुन्छ?	हालको मासिक कुल आम्दानीको रकम	मासिक आम्दानीको स्रोत	यो आम्दानी घरको कुन सदस्यले प्राप्त गर्नुहुन्छ?	हालको मासिक कुल आम्दानीको रकम
ज्याला			ज्याला		
स्वरोजगार			स्वरोजगार		
बाल सहायता/निर्वाह धन			बाल सहायता/निर्वाह धन		
सामाजिक सुरक्षा			सामाजिक सुरक्षा		
लगानी			लगानी		
पेन्सन/लाभांसहरू			पेन्सन/लाभांसहरू		
टिप/कमिशन			टिप/कमिशन		
ब्याज			ब्याज		
भाडाबाट हुने आम्दानी			भाडाबाट हुने आम्दानी		
जनजातीय आम्दानी			जनजातीय आम्दानी		
बेरोजगार			बेरोजगार		
कामदारको क्षतिपूर्ति			कामदारको क्षतिपूर्ति		
अन्य: _____			अन्य: _____		

खण्ड छ:घरायसी सम्पत्ति (घरको सबै सदस्यहरूको सम्पत्तिको सूची तयार गर्नुहोस्)					
सम्पत्तिको स्रोत	यस सम्पत्तिकोमालिक को हो?	वर्तमान सम्पत्तिको मूल्य	सम्पत्तिको स्रोत	यस सम्पत्तिकोमालिक को हो?	वर्तमान सम्पत्तिको मूल्य
चालू खाता			सम्पत्ति (घर) को मूल्य		
चालू खाता #2			सम्पत्ति #2 मूल्य		
बचत खाता			सवारी साधनको (प्राथमिक) मूल्य		
बचत खाता #2			सवारी साधनको #2 मूल्य		
CD's/ मुद्रा बजार			मोटरसाइकल/ATV/बोट/ट्रेलर		

401k/403B/IRA/सेवा निवृत्ति			जीवन बीमा (छोड्ने समय प्राप्त हुने रकम)		
स्टकहरू/बोन्डहरू/एन्यूटी			अन्य: _____		
HSA/ FSA			अन्य: _____		
खण्ड सात:बीमा कभरेज					
प्राथमिक कभरेज	सदस्यको ID नम्बर	समूह संख्या	सदस्यको नाम	विरामीसँगको सम्बन्ध	
लाभहरू (Pine Rest को कर्मचारीले पूरा गर्नु पर्ने)					
दोस्रो कभरेज	सदस्यको ID नम्बर	समूह संख्या	सदस्यको नाम	विरामीसँगको सम्बन्ध	
लाभहरू (Pine Rest को कर्मचारीले पूरा गर्नु पर्ने)					
खण्ड आठ:अनुरोधको कारण (कृपया लेख्नुहोस्)					
विरामीको अनुरोधको कारण (यदि थप खाली ठाउँ आवश्यक हुन्छ भने यसलाई अतिरिक्त कागजमा पेश गर्न सक्नुहुन्छ)					

तल आफ्नो हस्ताक्षर गरेर, म यस आवेदनमा वा कुनैपनि संलग्नकमा उल्लेख गरेको सबै कुराहरू सत्य भएको प्रमाणित गर्दछु।

उत्तरदायी पक्षको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____
 तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया निम्नलाई फोन गर्नुहोस्: () _____ मा _____

वित्तीय सहायता (FAP) 501R अनुरोधका लागि Pine Rest का कर्मचारीद्वारा पूरा गरिने

समीक्षा गर्ने कर्मचारीको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____
 विभाग निर्देशकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

स्वीकृति स्थिति: स्वीकार गरियो अस्वीकार गरियो	स्वीकृत गरिएमा, पुरस्कृत रकम/प्रतिशत:	अस्वीकार गरिएमा, मुख्य कारण:
प्रभावकारी मिति(हरू):	म्याद समाप्त हुने/नवीकरण आवश्यक हुने मिति:	

बिरामी सहायता कोष (PAF) अनुरोधका लागि Pine Rest का कर्मचारीद्वारा पूरा गरिने

समीक्षा गर्ने कर्मचारीको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

विभाग निर्देशकको हस्ताक्षर: _____

मिति: _____

स्वीकृति स्थिति:	स्वीकार भएमा, समग्र पुरस्कार विवरणहरूका लागि तल हेर्नुहोस्। पुरस्कार नोटहरू:	अस्वीकार गरिएमा, मुख्य कारण:
स्वीकार गरियो	अस्वीकार गरियो	
अन्तरङ्ग बसाई		
आगामी बसाई:		
PPG अपोइन्टमेन्टहरू:		
ECT/TMS उपचार:		
PCC अपोइन्टमेन्टहरू:		
डिटोक्स बसाई:		
आवासीय:		
प्रभावकारी मिति(हरू):		म्याद समाप्त हुने/नवीकरण आवश्यक हुने मिति: