



कृपया निम्न आवश्यक कागजातसहित यो आवेदन भर्नुहोस्, हस्ताक्षर गर्नुहोस् र फिर्ता गर्नुहोस्:

- आम्दानी (तपाईंले हालै प्राप्त गर्ने निम्न सबै कागजातहरूसहित):
  - परिवारमा बस्ने बिरामी, बिरामीको जीवनसाथी र/वा बिरामीको ग्यारेन्टर (18 वर्ष मुनिका बालबालिकाका आमाबुवा/कानुनी अभिभावकहरू) सहित पछिल्लो 2 पे स्टबको प्रतिलिपि वा भरिएको हालको कर वर्षको W-2 फारामको प्रतिलिपि।
  - स्व-रोजगार हुनुहुन्छ भने तपाईंको हालको संघीय कर फाराम 1040 को प्रतिलिपि।
  - सामाजिक सुरक्षा/सामाजिक सुरक्षा असक्षमता वा अन्य कुनै पनि अतिरिक्त घरायसी आयको कागजात।
- घर अब उपरान्त धितोमा छैन भने धितो/भाडा बिलको प्रतिलिपि वा सम्पत्ति कर विवरणको प्रतिलिपि।
- तपाईंले चिकित्सा सहायताका लागि आवेदन दिनुभयो भने तपाईंको स्वीकृति वा अस्वीकृति पत्रको एक प्रतिलिपि।

तपाईं माथिका कुनै पनि आवश्यक कागजात उपलब्ध गराउन सक्नुहुन्न भने कृपया तलको फाराम FAF 116, पृष्ठ 3 पूरा गर्नुहोस्।

**बिरामीसम्बन्धी जानकारी**

थर:	पहिलो नाम:	मध्य प्रथमाक्षर:
सामाजिक सुरक्षा #:	जन्म मिति:	

**जमानिकर्ता (कानुनी अभिभावक, अभिभावक वा न्यायाधिवक्ता) बिरामी जस्तै समान भाग II मा जानुहोस्; सबै क्षेत्रहरू पूरा गर्नुहोस्।**

थर:	पहिलो नाम:	मध्य प्रथमाक्षर:
सामाजिक सुरक्षा #:	जन्म मिति:	बिरामीसँगको नाता:

**खण्ड II (बिरामी/जमानिकर्तासम्बन्धी जानकारी)**

स्ट्रिट ठेगाना:	अपार्टमेन्ट:	
सहर:	राज्य:	जिप:
घरको फोन: ( )	सेल फोन: ( )	वैवाहिक स्थिति:
रोजगारदाताहरूको नाम र ठेगाना:		
कूल मासिक आम्दानी: \$	मासिक शुद्ध आम्दानी: \$	
स्थिति/पद:	हालको रोजगारीमा रहेको अवधि:	
तपाईं संयुक्त राज्य अमेरिकाको कानूनी निवासी हो? हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>		

**जीवनसाथी**

थर:	पहिलो नाम:	मध्य प्रथमाक्षर:
रोजगारदाताको नाम/ठेगाना:	फोन #:	
स्थिति/पद:	रोजगारको लम्बाई:	
कूल मासिक आम्दानी: \$	मासिक शुद्ध आम्दानी: \$	

**घरपरिवारसम्बन्धी जानकारी (आफू वा जीवन साथीबाहेक परिवारका सबै व्यक्तिहरूको नाम र जन्म मिति)**

नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँगको नाता:
नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँगको नाता:
नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँगको नाता:
नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँगको नाता:
नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँगको नाता:

**अतिरिक्त घरायसी आम्दानी**

खाताको रकम जाँच गर्दै:	मासिक बेरोजगारीको रकम:
बचत खाताको रकम:	मासिक सामाजिक सुरक्षाको रकम:
सार्वजनिक सहायता/फुड स्ट्याम्पहरू:	मासिक श्रमिक क्षतिपूर्ति रकम:
मासिक/वार्षिक पेन्सन रकम:	अन्य कुनै पनि:

**धितो/भाडा (धितो/भाडा भुक्तानीको प्रतिलिपि आवश्यक छ)**

धितो/ऋण भुक्तानी:	
-------------------	--

**स्वास्थ्य बीमा सम्बन्धी जानकारी (तपाईंले प्राप्त गरेको चिकित्सा सहायता स्वीकृति वा अस्वीकृतिको प्रतिलिपि आवश्यक छ)**

कम्पनीको नाम:	लागू हुने मिति:
तपाईंले चिकित्सा सहयोगका लागि आवेदन दिनुभएको छ: हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> कहिले:	
कहाँ:	सहकर्मीको नाम र फोन #:
अस्वीकारको नतिजा/कारण:	

**असक्षमता सम्बन्धी जानकारी**

के बिरामीको असक्षम हुनुहुन्छ: हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	असक्षमता भएको अवधि:
चिकित्सकको नाम:	चिकित्सकको फोन नम्बर:

**तेस्रो पक्ष दायित्वहरू (स्वतः दुर्घटना, कामदारको क्षतिपूर्ति, शारीरिक चोटपटक वा अन्य कानुनी दाबी)**

स्वतः दुर्घटनाको चोटपटक/बिरामी नतिजा	हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	घटनाको मिति:
तपाईंको कार्यस्थलमा चोटपटक/बिरामी हुन्छ?	हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	घटनाको मिति:
अपराधको परिणाम स्वरूप चोटपटक/बिरामी हुन्छ?	हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	घटनाको मिति:
कानुनी कारबाहीको परिणाम स्वरूप चोटपटकहरू/बिरामी हुन्छ?	हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	घटनाको मिति:

**भुक्तानीका सबै माध्यमहरू समाप्त नभएसम्म तेस्रो पक्ष दायित्व दाबीहरू वित्तीय सहायताका लागि अयोग्य हुन्छन्। कुनै पनि तेस्रो पक्ष दायित्व दावीसँग सम्बन्धित जानकारी खुलासा गर्न नसक्नाले बिरामीलाई आर्थिक सहयोगका लागि अयोग्य ठान्दछ।**

म मैले यस आवेदन जाँच गरेको छु र मेरो जानकारीअनुसार यसमा वा अन्यथा UMMS लाई उपलब्ध गराइएका सबै जानकारी र यसका अभ्यासहरू सत्य, सही र पूर्ण छन् भनी घोषणा गर्दछु। म यो जानकारीको गलत व्याख्याले मलाई उपलब्ध गराइएको कुनै पनि आर्थिक सहायता रद्द हुन सक्छ र त्यसपछि म सबै मेडिकल शुल्कहरूका लागि उत्तरदायी हुने छु भन्ने कुरा बुझ्दछु। यो अनुरोध हस्ताक्षर गरी पेश गरियो भने, म UMMS र यसको सुविधा अभ्यासहरूलाई मेरो क्रेडिट फाइलको समीक्षासहित आर्थिक सहायताका लागि मेरो आवश्यकता निर्धारण गर्न अनुमति प्रदान गर्छु। म UMMS लाई मेरो चिकित्सक बिलहरूमा सहायताको प्रतिक्रियामा मेरो आर्थिक स्थिति मूल्याङ्कन गर्ने उद्देश्यले यो जानकारी University Physicians Inc. लाई जारी गर्न वा खुलासा गर्न पनि अनुमति प्रदान गर्छु। म यो आवेदन प्रक्रियामा हुँदा मेरो आम्दानी वा सम्पत्तिहरूको सन्दर्भमा स्थितिमा कुनै पनि परिवर्तनको बारेमा UMMS लाई सुझाव दिनु मेरो जिम्मेवारी हो भन्ने कुरा बुझ्दछु।

बिरामी/जमानिकर्ताको हस्ताक्षर (आवश्यक)

मिति

जीवनसाथीको हस्ताक्षर (आवश्यक)

मिति

तपाईंसँग कुनै पनि प्रश्न छ वा यो आवेदन पूरा गर्नका लागि सहायता चाहिन्छ भने कृपया वित्तीय सहायता विभागलाई (410) 821-4140, एकसटेन्सन 2003, मा सोमबार देखि शुक्रबार, बिहान 8:00 बजेदेखि दिउँसो 4:30 बजेसम्म फोन गर्नुहोस्।

**तपाईं निम्नमा आवश्यक कागजातहरू सहित यो आवेदन मेल, इमेल वा फ्याक्स गर्न सक्नुहुन्छ:**

**पत्राचार:** UMMS  
11311 McCormick Road, Suite 230  
Hunt Valley, MD 21031

**इमेल:** [CBOService@umm.edu](mailto:CBOService@umm.edu)

**फ्याक्स:** 410-630-5341

## जीवनयापन, वित्तीय र आय विवरणको प्रमाणीकरण

यो फाराम निम्न गर्ने वित्तीय सहायता आवेदकद्वारा पूरा गरिनु पर्ने छः

- खाना र/वा आश्रयको साथ सहयोग प्राप्त गर्ने
- हाल रोजगारीमा नरहेको
- स्वतः दुर्घटनाबाट चोटपटक लागेका कारण अस्पतालको बिल, कामदारको क्षतिपूर्ति, व्यक्तिगत चोटपटक वा कुनै पनि अन्य तेस्रो पक्ष दायित्व दाबी

### बिरामीसम्बन्धी जानकारी:

नाम: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

फोन नम्बर: \_\_\_\_\_ सेल फोन नम्बर: \_\_\_\_\_

जन्म मिति: \_\_\_\_\_ बिरामीको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

### खाना र आश्रयका लागि सहायता प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ भने निम्न कुरा पूरा गर्नुहोस्:

मैले खाना र बस्न सहयोग गरिरहनुभएको \_\_\_\_\_, बाट सहायता प्राप्त गरिरहेका छु।

बिरामीसँगको नाता: \_\_\_\_\_।

(एउटामा चिह्न लगाउनुहोस्)

\_\_\_\_\_ कोठा र बोर्ड निःशुल्क उपलब्ध गराउने

\_\_\_\_\_ मैले कोठा र बोर्डका लागि प्रति महिना \$ \_\_\_\_\_ भुक्तानी गर्दै आएको छु

\_\_\_\_\_ अन्य, कृपया तलको कुरा व्याख्या गर्नुहोस्:

---

---

---

### बेरोजगार हुनुहुन्छ र कुनै आम्दानी प्राप्त गरिरहनुभएको छैन भने निम्न कुरा पूरा गर्नुहोस्:

(एउटामा चिह्न लगाउनुहोस्) \_\_\_\_\_ म निम्नमिति देखि बेरोजगार छु \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ र खाना र माथिको प्रति आश्रय साथमा सहायता प्राप्त गरिरहेको छु। काममा फर्कने अपेक्षित मिति के हो? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ म निम्नमिति देखि बेरोजगार छु \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ बचत वा अन्य मौद्रिक सम्पत्तिबाट बाँचिरहेको छु।

कृपया विस्तृत रूपमा व्याख्या गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_

काममा फर्कने अपेक्षित मिति के हो? \_\_\_\_\_

तपाईंले बेरोजगारी आम्दानी किन प्राप्त गरिरहनुभएको छैन?

(एउटामा चिह्न लगाउनुहोस्) \_\_\_\_\_ योग्यताको म्याद सकियो - बिरामीले सबै योग्य बेरोजगारी लाभहरू समाप्त गर्नुभएको छ।

\_\_\_\_\_ योग्य छैन, कारण: \_\_\_\_\_

तपाईंसँग तेस्रो पक्ष दायित्व दाबी छ (स्वतः दुर्घटना, कामदारको क्षतिपूर्ति, व्यक्तिगत चोटपटक) भने निम्न कुरा पूरा गर्नुहोस्:

अधिवक्ता: नाम: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

फोन नम्बर: \_\_\_\_\_

बीमा कम्पनी: नाम: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

फोन नम्बर: \_\_\_\_\_

हिसाब मिलान गर्ने अपेक्षित मिति: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(फारम FAF 116)