



कृपया आवेदन भर्नुहोस्, हस्ताक्षर गर्नुहोस् र निम्न आवश्यक कागजात संलग्न गरेर यो आवेदन फिर्ता गर्नुहोस्:

- आय (तपाईंले हालसालै प्राप्त गर्नु हुने निम्न कागजातहरू सहित):
घरमा बस्ने बिरामी, बिरामीको जीवनसाथी, बिरामीको ग्यारेन्टर (21 बर्षभन्दा कम उमेर भएका बच्चाका आमाबुबा (हरू)) सहित सबै आवेदन गर्ने व्यक्तिहरूका लागि हालसालैको वर्षिक करका 2 भुक्तानी स्टबका प्रतिलिपि वा W-2 फारमको प्रतिलिपि।
सामाजिक सुरक्षा/सामाजिक अशक्तताको सुरक्षा वा अन्य कुनै पनि अतिरिक्त घरेलू आयको दस्तावेज।
- बन्धक/भाडाका बिलको प्रतिलिपि।
- तपाईंले चिकित्सा सहायताका लागि आवेदन गर्नुभएको भएमा तपाईंको स्वीकृति वा अस्वीकृति पत्रको प्रतिलिपि।

तपाईं कुनै पनि निम्न आवश्यक कागजातहरू आपूर्ति गर्न असक्षम हुनुभएमा, कृपया संलग्न फारम FAF 116 भर्नुहोस्।

बिरामीको जानकारी		
थर नाम:	पहिलो:	M.I.:
सामाजिक सुरक्षा #:	जन्म मिति:	

ग्यारेन्टर (जिम्मेवार पार्टी) यदि बिरामी नै हो भने भाग II मा जानुहोस्, अन्यथा सबै क्षेत्रहरू पूरा गर्नुहोस्।			
थर नाम:	पहिलो:	M.I.:	
सामाजिक सुरक्षा #:	जन्म मिति:	बिरामीसँग सम्बन्ध:	
भाग II (हालको वर्षमा फाइल गरिएको W-2 फारम (हरू) को प्रतिलिपि वा अन्तिम दुई भुक्तानी गरिएको चेकका स्टबहरू आवश्यक छ)			
सडक ठेगाना:	Apt:		
शहर:	राज्य:	जिप:	
घरको फोन: ()	मोबाइल फोन: ()	वैवाहिक स्थिति:	
रोजगारदाताको नाम र ठेगाना:			
मासिक कुल आमदानी: \$	मासिक शुद्ध आमदानी: \$		
स्थिति/शीर्षक:	हालको रोजगारको लम्बाई:		
के तपाईं संयुक्त राज्य अमेरिकाको कानूनी निवासी हुनुहुन्छ:	हो <input type="checkbox"/>	होइन <input type="checkbox"/>	

जीवनसाथी			
थर नाम:	पहिलो:	M.I.:	
रोजगारदाताको नाम/ठेगाना:	फोन #:		
स्थिति/शीर्षक:	रोजगारको लम्बाई:		
मासिक कुल आमदानी: \$	मासिक शुद्ध आमदानी: \$		

घरेलु जानकारी (स्वयं वा जीवनसाथी बाहेक घरका सबै व्यक्तिको नाम र जन्म मिति)		
नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँग सम्बन्ध:
नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँग सम्बन्ध:
नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँग सम्बन्ध:
नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँग सम्बन्ध:
नाम:	जन्म मिति:	बिरामीसँग सम्बन्ध:

थप घरेलु आमदानी

खाताको रकम जाँच गर्दै:	मासिक बेरोजगारीको रकम:
बचत खाताको रकम:	मासिक सामाजिक सुरक्षाको रकम:
सार्वजनिक सहायता/खाद्य टिकटहरू:	मासिक श्रमिक क्षतिपूर्ति रकम:
मासिक बाल सहायता राशि:	अन्य:

मासिक खर्च (बन्धक/भाडा भुक्तानीको प्रतिलिपि आवश्यक छ)	
बन्धक/भाडाको भुक्तानी:	केबल:
उपयोगिताहरू:	भिसा:
टेलिफोन:	मास्टरकार्ड:
मोबाइल फोन:	विभागीय भण्डार:
कार भुक्तानी:	अन्य:

स्वास्थ्य बीमाको जानकारी (मेडिकल सहायताको स्वीकृति वा अस्वीकार पत्रको प्रतिलिपि आवश्यक छ)	
कम्पनीको नाम:	लागू हुने मिति:
तपाईंले चिकित्सा सहयोगका लागि आवेदन दिनुभएको छ: <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/> कहिले:	
कहाँ:	मुद्दा कार्यकर्ताको नाम र फोन:
अस्वीकारको परिणाम/कारण:	

अशक्तताको जानकारी	
बिरामी असक्षम छ: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	अशक्तताको समयावधि:
चिकित्सकको नाम:	चिकित्सकको फोन नम्बर:

तेस्रो पक्षको दायित्व (वाहन दुर्घटना, श्रमिक क्षतिपूर्ति, शारीरिक चोट वा अन्य कानूनी दावी)			
वाहन दुर्घटनाको कारण भएको चोटपटक/बिरामी	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	घटनाको मिति:
तपाईंको कार्यस्थलमा चोटपटक/बिरामी भएको छ?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	घटनाको मिति:
अपराधको कारण भएको चोटपटक/बिरामी हो?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	घटनाको मिति:
कानूनी कारबाहीको परिणाम स्वरूप भएको चोटपटक/बिरामी हो?	<input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन	<input type="checkbox"/> होइन <input type="checkbox"/>	घटनाको मिति:

भुक्तानीका सबै माध्यम समाप्त नभएसम्म आर्थिक सहयोगका लागि तेस्रो पक्ष दायित्वको दावी अयोग्य हुने छ। कुनै पनि तेस्रो पक्ष दायित्व दावीसँग सम्बन्धित जानकारी खुलासा गर्न नसक्नाले बिरामीलाई आर्थिक सहयोगका लागि अयोग्य ठान्दछ।

म घोषणा गर्दछु कि मैले यो आवेदन जाँच गरेको छु र मेरो सकेसम्म ज्ञानअनुसार यसमा भएको वा UMMS लाई प्रदान गरिएको जानकारी र यसका अभ्यासहरू सही, र पूर्ण छन्। म बुझ्छु कि यस जानकारीको गलत प्रयोग गर्नाले मलाई प्रदान गर्न सकिने कुनै पनि आर्थिक सहयोगलाई रद्द गर्न सक्छ र म सबै चिकित्सा शुल्कहरूका लागि उत्तरदायी हुने छु। यस अनुरोधमा हस्ताक्षर गरी पेश गरेर म UMMS र यसका सुविधाहरूलाई मेरो क्रेडिट फाइलको समीक्षा गर्ने सहित मेरो वित्तीय सहयोगका लागि आवश्यकताको निर्धारण गर्न अनुमति दिन्छु। म यो जानकारी जारी गर्ने वा खुलासा गर्नका लागि UMMS लाई मेरो चिकित्सकले प्रदान गरेका बिलहरूमा सहयोग गरेको प्रतिक्रियाको रूपमा मेरो वित्तीय स्थितिको मूल्याङ्कन गर्न अनुमति दिन्छु। म बुझ्छु कि यो आवेदनको प्रक्रिया भइरहेको बेला मेरो आय वा सम्पत्तिको बारे UMMS लाई स्थिति परिवर्तन गरेको सल्लाह दिने मेरो जिम्मेवारी हो।

बिरामी/ग्यारेन्टरको हस्ताक्षर

मिति

जीवनसाथीको हस्ताक्षर

मिति

तपाईंसँग केही प्रश्नहरू भएमा वा यो आवेदन पूरा गर्न सहयोग आवश्यक भएमा, कृपया आर्थिक सहायता विभागलाई कल गर्नुहोस्। (410) 821-4140, सोमबारदेखि शुक्रबार, बिहान 8:00 बजेदेखि – बेलुका 4:30 बजेसम्म। यस आवेदनलाई आवश्यक कागजात संलग्न गरेर तलको ठेगानामा मेल गर्नुहोस्: UMMS, 11311 McCormick Rd, Suite 230, Hunt Valley, MD 21031.