

खण्ड 1: आवेदक

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
अन्तिम नाम	पहिलो नाम	बीचको नामको	सामाजिक सुरक्षा नम्बर (S.S.N)
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
ठेगाना			घरको फोन नम्बर
<hr/>	<hr/>		<hr/>
शहर	राज्य	जिप	कार्यस्थलको फोन नम्बर
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

	घरका सदस्यहरूको नाम लेख्नुहोस् (पहिलो/अन्तिम नाम)	नाता	जन्ममिति	सामाजिक सुरक्षा नम्बर (S.S.N)	बसाई
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

खण्ड 2: अभिलेख नभएको Medicaid (मेडिकेड)

आवेदन दिनुभएको छ:	_____ छ	_____ छैन	मिति: _____	काउन्टी: _____
-------------------	---------	-----------	-------------	----------------

खण्ड 3: रकमको स्रोत

व्योमिड फण्ड _____	मेसा काउन्टी फण्ड _____	अभिलेख नभएको _____	400% _____	राज्य बाहिर हुनुहुन्छ: _____ (राज्यको नाम लेख्नुहोस्)
-----------------------	----------------------------	-----------------------	---------------	--

खण्ड 4: रोजगार

रोजगारदाताको नाम	कार्यस्थलको फोन नम्बर		
ठेगाना	शहर	राज्य	जिप
रोजगारदाताको नाम	कार्यस्थलको फोन नम्बर		
ठेगाना	शहर	राज्य	जिप

खण्ड 5: आमदानीको हिसाब

आम्दानी	हालको मासिक रकम		वार्षिक कुल रकम
1 हालको रोजगारबाट हुने कुल आम्दानी	\$ _____	x12	\$ _____
2 स्व-रोजगारबाट हुने आम्दानी	\$ _____	x12	\$ _____
3 अनार्जित आम्दानी	\$ _____	x12	\$ _____
4 मासिक आम्दानी	\$ _____	x12	\$ _____
5 जम्मा आम्दानी	\$ _____	x12	\$ _____

सम्पत्तिमा रहेको इक्विटीको हिसाब					
6. सवारी-साधनमा रहेको इक्विटी (सूचीबद्ध गर्नुहोस्)	मूल्य \$ _____	तिर्नुपर्ने रकम \$ _____	सवारी-साधनमा रहेको इक्विटी \$ _____	(-) माइनस संरक्षित हिस्सा \$7,500.00	समयोजित इक्विटी \$ _____
सावरी-साधन 1 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____
सावरी-साधन 2 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____		
सावरी-साधन 3 _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____		
7. घरजग्गा (प्रमुख घर बाहेकको अन्य सम्पत्ति)	मूल्य \$ _____	तिर्नुपर्ने रकम \$ _____	इक्विटी \$ _____	*****	समयोजित इक्विटी \$ _____
8. तरल सम्पत्ति चेकिङ \$ _____ बचत \$ _____ ऋणपत्र \$ _____ म्युचुअल फण्ड \$ _____	मूल्य \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____	तिर्नुपर्ने रकम \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____	इक्विटी \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____	*****	समयोजित इक्विटी \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
9. व्यवसायमा रहेको इक्विटी	मूल्य \$ _____	तिर्नुपर्ने रकम \$ _____	इक्विटी \$ _____	\$50,000	समयोजित इक्विटी \$ _____
10. सम्पत्तिमा रहेको जम्मा इक्विटी	जम्मा सम्पत्ति				समयोजित इक्विटी \$ _____
11. (-) परिवारको आकारका लागि कटौती	परिवारको आकार _____ X \$2,500.00				रकम \$ _____
12. सम्पत्तिमा रहेको इक्विटी (लाइन 10 - लाइन 11)					रकम \$ _____
13. परिवारको कुल आर्थिक स्थिति (लाइन 5 + लाइन 10 - लाइन 11)	यदि लाइन 11 को रकम लाइन 10 को भन्दा बढी भएमा रकम \$0 हुन्छ \$ _____				रकम \$ _____
14. (-)स्वीकार्य कटौतीहरू (दिवा स्याहार, बाल सहायताका लागि शुक्तानी, मेडिकल बिमा प्रिमियम, आदि)	(संलग्न पृष्ठ हेर्नुहोस्)				रकम \$ _____
15. खुद आम्दानी र सम्पत्ति इक्विटी (लाइन 13 - लाइन 14)	जम्मा रकम				रकम \$ _____

कार्यालयको प्रयोजनका लागि मात्र:

तिर्ने क्षमता दर: _____

ग्राहको कोपेमेन्ट क्षमता (लाइन 15 X 0.10) \$ _____

लागू हुने मिति: _____ समाप्त हुने मिति: _____

तिर्ने बाँकी रकम(हरू): \$ _____

भुक्तानी सम्झौता गरिएको छ: छ / छैन

म प्रमाणित गर्दछु की यो आवेदन भर्न प्रदान गरिएको जानकारी सही छ। म बुझ्दछु की *CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO* सँग असुली गर्ने अधिकार रहेको छ। यसको अर्थ यदि कुनैपनि लाभहरूका लागि, तथा *CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO* को परोपकार कार्यक्रमका लागि योग्य हुँदाको बेलामा मलाई प्रदान गरिएको कुनैपनि उपचारका लागि म माथि रकमहरू तिर्नुपर्ने दाबी आएमा, यस प्रदायकसँग दाबी असुल प्रक्रियामा जाने अधिकार छ।

आवेदकको नाम

हस्ताक्षर

मिति

आर्थिक सल्लाहकारको स्पष्ट नाम

आर्थिक सल्लाहकारको हस्ताक्षर

मिति

हिसाब टेप

CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO को आर्थिक सहायता कार्यक्रम

कार्यपत्र 1: रोजगारबाट प्राप्त आम्दानी र अनार्जित आम्दानी
यो पृष्ठमा अन्य स्रोतहरूबाट प्राप्त सबै आम्दानी र नगद रेकर्ड गरेर आवेदनसँगै संलग्न गर्नुहोस्।

आम्दानीको स्रोत	मासिक रकम
रोजगारबाट प्राप्त आम्दानी	\$
वृद्ध उमेरमा पाइने पेन्सन लाभ (OAP)	\$
SSI (पूरक सुरक्षा आम्दानी)	\$
AND (आवश्यकतामा रहेका अपाङ्गलाई पाइने सहायता)	\$
भुक्तानी(हरू) र पेन्सन योजनाहरू	
स्रोत: _____	\$
स्रोत: _____	
कमिशनहरू, बोनसहरू र उपहारहरू	\$
जीवन-निर्वाहका लागि प्राप्त रकम	\$
भाडाबाट हुने आम्दानी	\$
मौद्रिक लाभहरू	\$
ट्रस्ट खाता कोष	\$
फर्छौट (सेटलमेन्ट) रकमहरू	\$
अन्य	
स्रोत: _____	\$
स्रोत: _____	
जम्मा	\$
जम्मा (मासिक रकम) \$ _____ X12 \$ _____ = वार्षिक आम्दानी	\$ _____

आवेदकको नाम

हस्ताक्षर

मिति

आर्थिक सल्लाहकारको स्पष्ट नाम

आर्थिक सल्लाहकारको हस्ताक्षर

मिति

कार्यपत्र 2: स्व-रोजगारबाट भएको खुद आम्दानी
यो पृष्ठमा व्यवसायसँग सम्बन्धित सबै मासिक खर्चहरू रेकर्ड गरेर आवेदनसँगै संलग्न गर्नुहोस्।

खर्च	मासिक रकम
निजी बिमा	\$
ज्याला/तलब	\$
व्यापारिक वस्तु/सामानको थोक खर्च	\$
व्यवसायिक गोदामको भाडा	\$
व्यवसायको लागि लिएको ऋणको ब्याज	\$
व्यवसाय तथा आम्दानी करहरू	\$
उपकरण सुरक्षा तथा मर्मत-सम्भार खर्च	\$
जनोपयोगी सेवा (विद्युत) \$ _____ (फोन) \$ _____ (ताप) \$ _____	\$
उपकरण	\$
सामग्रीहरू	\$
व्यवसायिक सेवाहरू	\$
शिक्षा, इजाजतपत्र तथा प्रमाणीकरण शुल्क	\$
व्यवसायिक यात्रा	\$
जम्मा (मासिक रकम) \$ _____ X12 \$ _____ = वार्षिक आम्दानी	\$ _____

पेशाको नाम _____

आवेदकको नाम _____

हस्ताक्षर _____

मिति _____

आर्थिक सल्लाहकारको स्पष्ट नाम _____

आर्थिक सल्लाहकारको हस्ताक्षर _____

मिति _____

CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO को आर्थिक सहायता कार्यक्रम

कार्यपत्र 4: स्वीकार्य कटौतीहरू
यस पृष्ठमा सबै स्वीकार्य कटौतीहरू रेकर्ड गरेर आवेदन सँगै संलग्न गर्नुहोस्

कटौती	मासिक रकम
बाल स्याहार/दिवा स्याहार/प्रिस्कूल	\$
आदालतले आदेश दिएको जीवन-निर्वाह भत्ता/पेन्सन	\$
अदालतले आदेश दिएको बाल सहायता	\$
स्वास्थ्य बिमा प्रिमियमहरू	\$
वृद्ध स्याहार	\$
सशुल्क मेडिकल खर्च	
प्रदायक: _____ भुक्तानी गरेको मिति _____ रकम \$ _____	
प्रदायक: _____ भुक्तानी गरेको मिति _____ रकम \$ _____	
प्रदायक: _____ भुक्तानी गरेको मिति _____ रकम \$ _____	
प्रदायक: _____ भुक्तानी गरेको मिति _____ रकम \$ _____	
	\$
मासिक प्रिस्क्रिप्शनहरू	\$
तिर्न बाँकी मेडिकल खर्चहरू	
प्रदायक: _____ रकम \$ _____	
प्रदायक: _____ रकम \$ _____	
प्रदायक: _____ रकम \$ _____	
प्रदायक: _____ रकम \$ _____	
	\$
जम्मा	\$

आवेदकको नाम _____

हस्ताक्षर _____

मिति _____

आर्थिक सल्लाहकारको स्पष्ट नाम _____

आर्थिक सल्लाहकारको हस्ताक्षर _____

मिति _____

CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO को आर्थिक सहायता कार्यक्रम

कृपया सबै प्रश्नहरू आर्थिक परामर्श विभागमा पठाउनुहोस्, 720-777-7001
सोमबार देखि शुक्रबारसम्म, बिहान 8:00 बजे देखि 4:30 बजेसम्म

आवश्यक कागजातहरू

निम्नमध्ये कुनै एउटा कागजात आवश्यक छ:

सङ्कली जन्म दर्ताको प्रमाणपत्र (प्रतिलिपिहरू/फ्याक्सहरू मान्य हुने छैनन्)
अमेरिकी पासपोर्ट र/वा भिसा
नागरिक बनेको प्रमाणपत्र (फाराम N-550/N-570)

विदेशमा जन्मेको प्रमाणपत्र (फाराम FS-545/DS-1350)
अमेरिकी नागरिताको विदेशमा जन्मेको रिपोर्ट (फाराम FS-240)
अमेरिकी नागरिक परिचय पत्र (Form I-97)

आम्दानी, काम नगरी आर्जन भएको आम्दानी र यदि उपयुक्त छ भने बाल सहायताबाट प्राप्त रकमहरूसँग सम्बन्धित सबै कागजातहरू

आम्दानीको प्रमाणीकरण (योग्यता निर्धारण गर्नका लागि आम्दानीको प्रमाणीकरण सम्बन्धी निम्न कुराहरूको आवश्यकता पर्दछ)	<input type="checkbox"/> कुल आम्दानी देखाइएको एक महिनाको तलबको रसिद <input type="checkbox"/> प्रति घण्टा ज्याला, काम गर्ने घण्टा, भुक्तानी गर्ने बारम्बारता (अवधि), कुल तलब (कर र कटौतीहरू अघिको) र यदि कम्पनीमा चलन चलिआएको छ भने उपहारहरू पनि <input type="checkbox"/> यदि तपाईंको रोजगार भइसकेको छ भने, कृपया तपाईंको अघिल्लो रोजगारदाताबाट तपाईंको रोजगारको अन्तिम मिति उल्लेख गरिएको एउटा पत्र लिएर आउनुहोस्।
स्वरोजगार (यदि लागू हुन्छ भने मात्र) सबै कागजातहरू अनिवार्य रूपमा पेश गर्नु पर्दछ।	<input type="checkbox"/> तीन महिनाको खाता वा आम्दानी र खर्च देखाइएको नाफा तथा नोक्सान विवरण। <input type="checkbox"/> जम्मा गरिएको र खर्च गरिएको रकम देखाइएको व्यवसायको तीन महिनाको बैङ्क विवरण। (अर्थात् जनवरी 1- मार्च 31 सम्मको)
काम नगरिकन आर्जन भएको आम्दानी (यदि लागू हुन्छ भने मात्र) काम नगरिकन आर्जन भएको आम्दानीसँग सम्बन्धित निम्नलिखित कुनैपनि कुराहरूका लागि चेक रसिद, अदालती आदेशको कागजात, कानूनी कागजात, आदिको आवश्यकता पर्नेछ।	<input type="checkbox"/> SSDI (सामाजिक सुरक्षा अपाङ्गता आम्दानी) <input type="checkbox"/> SSI (पूरक सुरक्षा आम्दानी) <input type="checkbox"/> SSA उत्तजीविता (सर्भाइवरशीप) आम्दानी <input type="checkbox"/> बाल सहायता रकमहरू <input type="checkbox"/> बेरोजगार भत्ता (राज्य बेरोजगारीबाट तपाईंलाई प्रदान गरिने कुल रकम र बारम्बारता (कहिले-कहिले) देखाइएको एउटा पत्र) <input type="checkbox"/> निर्वाह-व्यय बापत प्राप्त रकम <input type="checkbox"/> पेन्सनहरू <input type="checkbox"/> काम नगरिकन प्राप्त हुने अन्य आम्दानी
खर्च गरिएको रकमको प्रमाणीकरण (यदि लागू हुन्छ भने मात्र) भुक्तानी(हरू) को प्रमाण आवश्यक पर्दछ	<input type="checkbox"/> बाल सहायताका लागि भुक्तानी गरिएको रकम <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य बिमा, दन्त चिकित्सा बिमा र आँखा उपचार बिमाका प्रिमियमहरू
यदि तपाईं काम गर्नुहुन्न र साथीहरू/आफन्त वा अन्य व्यक्तिसँग बस्नुहुन्छ भने, कृपया उनीहरूबाट निम्न कुरालाई जोड दिने एउटा पत्र लेखी माग्नुहोस्:	नाम, ठेगाना, सम्पर्क फोन नम्बर र घरमा बस्ने कुल मानिसहरूको संख्या

अमेरिकी नागरिकता/परिचयपत्र र आम्दानी सम्बन्धी कागजातहरू बाहेक तपाईंलाई निम्न सङ्कली कागजातहरू पेश गर्न आग्रह गर्न सकिनेछ:

<input type="checkbox"/> राज्यद्वारा जारी गरिएको चालक अनुमति पत्र (वा) राज्यद्वारा जारी गरिएको परिचय पत्र तथा <input type="checkbox"/> हरेक आवेदकका सामाजिक सुरक्षा पत्र (हरू) तथा <input type="checkbox"/> आवेदकको नाम र ठेगाना भएको कोलोराडोको बसाइको प्रमाण (जस्तै, जनपयोगी सेवाको बिल, घर कर्जा (मोर्गेज) को विवरण, भाडा सम्झौता, आदि...)
यदि लागू हुन्छ भने:
<input type="checkbox"/> सबै बैङ्क खाताहरूका बैङ्क विवरणहरू <input type="checkbox"/> प्राथमिक बिमा पत्र/बिमा प्रिमियम तिरेका प्रमाणहरू <input type="checkbox"/> सवारी-साधन दर्ता (आफ्नो सवारी-साधनको मूल्य प्रदान गर्नुहोस् र यदि फाइनेन्स गरिएको छ भने तिर्न बाँकी सवारी-साधन ऋणको प्रमाण) <input type="checkbox"/> छुट्टेको वा सम्बन्ध-विच्छेद भएको भए: अलग्गिएको वा सम्बन्ध-विच्छेदका आदालती कागजात(हरू)