

Hopewell Health Centers, Inc.

हामीलाई तपाईंलाई चिन्न मद्दत गर्नुहोस्! तलको जानकारीको समीक्षा गरेर, हाम्रो टोलिले तपाईंको व्यक्तिगत आवश्यकताहरू पूरा गर्न सँगै काम गर्न सक्छ।

बिरामीको सामान्य जानकारी

अन्तिम	पहिलो	एमआई	जन्ममिति	सामाजिक सुरक्षा #
ठेगाना (सडक र पोस्टबक्स)	घरको फोन	मोबाइल फोन	का. फोन/सन्देश	ईमेल
सहर	राज्य	जिपकोड	काउन्टी	रोजगारदाता
पेशा	तपाईंलाई कसले रेफर गर्नुभयो?			
आपतकालीन सम्पर्क	नाता	नाम	फोन	
रुचाइएको फार्मसी: _____				

बिरामीको जनसांख्यिकीय जानकारी

जन्मदाको लिंग	सिकाइ प्राथमिकता	भाषा	सेवानिवृत्त सैनिक
पुरुष	मौखिक	अंग्रेजी	हो
महिला	दृश्यात्मक	अन्य	होईन
अज्ञात	लिखित		

नोट: यस खण्ड वा यस कागजातको कुनै पनि खण्डको लागि स्पष्टीकरण वा थप जानकारी प्रदान गर्न, पृष्ठ 4 मा रहेको विविध टिप्पणी र जानकारीमा जानुहोस्।

बैवाहिक स्थिति	लैङ्गिक पहिचान	यौनिक झुकाव
एकल	पुरुष (पु)	लेस्बियन/गे/समलिंगी
बिवाहित	महिला (म)	विषमयौनिक
सम्बन्धविच्छेद भएको	ट्रान्सजेन्डर (पु देखि म)	उभयलिंगी
जोडा भएको	ट्रान्सजेन्डर (म देखि पु)	थाहा छैन
अज्ञात	न त विशेष रूपमा पु वा म	खुलासा नगर्ने छनौट गर्नुहोस्
विधुर वा विधवा	खुलासा नगर्ने छनौट गर्नुहोस्	अरु नै केही:
कानुनीरूपमा छुट्टिएको	अरु नै केही:	

वर्ग	जातियता
श्वेत	हिस्पानिक वा ल्याटिनो
अश्वेत	हिस्पानिक वा ल्याटिनो होईन
अफ्रिकी अमेरिकी	निर्दिष्ट गर्न अस्वीकार गर्नु
अमेरिकी इन्डियन	अन्य:
अलास्का मूलनिवासी	

बिरामीको सामाजिक सेवामा संलग्नता

तपाईंसँग हाल अन्य कुन निकाय, सेवा कार्यालय वा स्वास्थ्य प्रदायकहरू काम गरिरहेका छन्?

रोजगार र परिवार सेवा विभाग

पैरोल/परीक्षणकाल अधिकारी = _____

बाल सेवाहरू: काउन्टी र केसवर्कर: _____

यदि बाल सेवाहरूसँग संलग्न हुनुहुन्छ भने, के तपाईं/तपाईंको परिवारसँग केस योजना छ? छ छैन

कानूनी सेवा/वकिल/अदालतहरू: _____

चिकित्सा सेवा प्रदायकहरू: _____

गृह स्वास्थ्य: _____

अन्य सेवा प्रदायकहरू: _____

बिरामीको औषधिहरू

हालको औषधिहरू (प्रिस्क्रिप्शन, ओभर द काउन्टर, भिटामिन, हर्बल)

कृपया यसलाई आफ्नो क्षमताले भ्याएसम्मले भर्नुहोस्। तल सबै जानकारी समावेश हुनुपर्छ।

कुनै औषधि छैन

अतिरिक्त औषधिहरूको बारेमा पृष्ठ 4 को विविध टिप्पणी र जानकारीमा उल्लेख गर्नुहोस्।

औषधिहरू	मात्रा र पटक	द्वारा प्रेस्क्राइब गरिएको	कति समयदेखि लिएको?	प्रयोगको कारण	उपयोगी?	नियमित लिएको?
					छ छैन	छ छैन
					छ छैन	छ छैन
					छ छैन	छ छैन
					छ छैन	छ छैन
					छ छैन	छ छैन
					छ छैन	छ छैन
					छ छैन	छ छैन
					छ छैन	छ छैन
					छ छैन	छ छैन

वयस्क बिरामीका लागि मात्र (यदि बिरामी बच्चा हो भने, सीधै अर्को खण्डमा जानुहोस्)

के हाल तपाईंसँग कानुनी अभिभावक छ? छ छैन के हाल तपाईंसँग भुक्तानीकर्ता छ? छैन छ

यदि छ भने: अभिभावकको नाम _____ ठेगाना: _____ फोन: _____

भुक्तानीकर्ताको नाम _____ ठेगाना: _____ फोन: _____

के तपाईंसँग अग्रिम निर्देशन छ? छैन छ यो के हो थाहा छैन

यदि छ भने, कृपया आफ्नो सेवा प्रदायकलाई आफ्नो निर्देशनको प्रतिलिपि दिनुहोस्। यदि तपाईं अग्रिम निर्देशनहरूको बारेमा थप जानकारी चाहनुहुन्छ भने, कृपया सेवा प्रदायकलाई सोध्नुहोस्।

बच्चा बिरामीका लागि मात्र (यदि बिरामी वयस्क हो भने सिधै अर्को खण्डमा जानुहोस्)

फारम गर्ने व्यक्तिको नाम: _____

नाता: अभिभावक पालनपोषण अभिभावक बालबालिका सेवा कार्यकर्ता अन्य: _____

जिम्मा: साझा जिम्मा संरक्षक अभिभावक एकल अभिभावक (कहिल्यै विवाह नगरेको/विधुर वा विधवा) को जिम्मामा

अभिभावक नभएको: नाता: _____ फोन (यदि फरक छ भने) _____ कति समयसम्म जिम्मामा बसु भयो? _____

अन्य: _____

बिरामीको वित्तीय र बिलिङ जानकारी

जिम्मेवार पार्टी आफैं अरू नाता _____

नाम _____ ठेगाना _____ सहर _____ राज्य _____ जिल्ला _____

बीमा जानकारी

प्राथमिक बीमा _____

ठेगाना _____

बीमा पहिचान नम्बर _____

नीति धारकको नाम _____

सामाजिक सुरक्षा # _____

जन्ममिति _____

रोजगारदाता _____

माध्यमिक बीमा _____

ठेगाना _____

बीमा पहिचान नम्बर _____

नीति धारकको नाम _____

सामाजिक सुरक्षा # _____

जन्ममिति _____

रोजगारदाता _____

बिरामीको वित्तीय र बिलिङ जानकारी - जारी

तल आफ्नो घरपरिवारको वार्षिक आय जानकारी प्रदान गर्नुहोस्

घरपरिवारको कुल संख्या: _____ एउटै घरमा बस्ने, जन्म, विवाह, धर्मपुत्र वा अभिभावकत्वबाट सम्बन्धित व्यक्तिहरूको संख्या
परिवारका सबै सदस्य र वार्षिक आय (यदि लागू भएमा) सूचीबद्ध गर्नुहोस्। वार्षिक आयमा सबै स्रोतहरू समावेश हुनुपर्छ - ज्याला, बाल सहयोग, सामाजिक सुरक्षा आदि। वार्षिक आय रकम गणना गर्न मद्दतको लागि, पृष्ठ 4 मा आय कार्यपत्र हेर्नुहोस्।

नाम	जन्ममिति	नाता	वार्षिक आय	
			\$	/वर्ष
			\$	/वर्ष
			\$	/वर्ष
			\$	/वर्ष
			\$	/वर्ष
			\$	/वर्ष
			\$	/वर्ष
			\$	/वर्ष
			\$	/वर्ष
			कुल घरायसी आय: \$	/वर्ष

यदि घरमा 8 जनाभन्दा बढी सदस्यहरू छन् भने, थप जानकारी पृष्ठ 4 को विविध टिप्पणी र जानकारीमा उल्लेख गर्नुहोस्।

म स्लाइडिङ शुल्क छुट अस्वीकार गर्दछु	म स्लाइडिङ शुल्क छुटको लागि आवेदन दिदैंछु
स्लाइडिङ शुल्क छुट प्राप्त गर्न आयको प्रमाण उपलब्ध गराउनुपर्छ। घरका सबै सदस्यहरूका लागि प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस्: भुक्तान स्टबहरू, बाल सहायता, बेरोजगारी, असक्षमता, सामाजिक सुरक्षा (पुरस्कार/लाभपत्र हुनुपर्छ)।	
कार्यालय कर्मचारीको प्रयोगको लागि मात्र	
स्लाइडिङ शुल्क छुट _____	स्लाइडिङ शुल्क समाप्ति _____

यो कागजात अन-स्क्रिन भर्दा, तपाईंले यो स्वीकृति खण्ड पूरा गर्नुपर्छ। नोट: “म स्वीकार गर्छु” चयन गरेर तपाईंले यो कागजातमा विद्युतीयरूपमा हस्ताक्षर गर्ने आफ्नो मनसाय पुष्टि गर्दै हुनुहुन्छ।

विद्युतीय हस्ताक्षरको स्विकृति:

म स्वीकार गर्छु। म तलको हस्ताक्षर फिल्डमा मेरो नाम टाइप गरेर यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्दछु।

म स्विकार गर्दिनैं। म प्रिन्ट गरेर कागजी प्रतिलिपिमा हस्ताक्षर गर्नेछु र मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई पठाउने वा मेल गर्नेछु।

हस्ताक्षर:

म प्रमाणित गर्दछु कि, यस मिति सम्म, मैले यस कागजातमा उपलब्ध गराएको सबै जानकारी मेरो ज्ञानअनुसार सही छ। म Hopewell Health Centers, Inc लाई सिधै भुक्तान गर्न सबै बीमा नीति लाभहरूको भुक्तानी अधिकृत गर्छु। यसले व्यवहार स्वास्थ्य सेवाहरूको लागि सार्वजनिक कोषको लागि योग्यता निर्धारण गर्न, मलाई/मेरो बच्चालाई GOSH मा भर्ना गर्न, र उपचारको लागि भुक्तानी प्राप्त गर्न आवश्यक जानकारी समावेश गर्दछ। रेन्डर गरिएको जुन उपयुक्त ADAMHS बोर्ड वा मेरो निवासको काउन्टीमा पेश गरिएको छ। म यो पनि बुझ्छु कि Hopewell Health Centers, Inc. लाई कुनै पनि अतिरिक्त वा सुधारहरू बारे सूचित गर्न असफल भएमा, यदि म योग्य भएता पनि स्लाइडिङ शुल्कको लागि मेरो योग्यता समाप्त हुनेछ। कुनै पनि गलत बयानले छुटलाई खतरामा पार्नेछ र परिणामस्वरूप मेरो खाताको पूर्ण भुक्तानीको आवश्यकता हुनेछ।

बिरामीको हस्ताक्षर _____

मिति _____

अभिभावक वा कानूनी अभिभावक _____

मिति _____

Rev 6-20

फारम खाली गर्नुहोस्

आय कार्यपत्र

तलको खाली ठाउँहरू प्रतिघण्टा ज्याला वा साप्ताहिक, द्वि-साप्ताहिक, वा मासिक आम्दानीबाट वार्षिक आम्दानी गणना गर्न प्रयोग गर्नुहोस् - वा एक घरपरिवारको सदस्यको लागि एकसाथ आयका धेरै स्रोतहरू थप प्रयोग गर्नुहोस्। पृष्ठ 3 मा अनुरोध गरिएको आय जानकारी भर्न परिणामहरू प्रयोग गर्नुहोस्।

प्रतिघण्टा, साप्ताहिक, पाक्षिक वा मासिक रकमलाई वार्षिक आयमा रूपान्तरण वार्षिक आय
गर्नुहोस्:

प्रतिघण्टा ज्याला	प्रतिहप्ता काम गरिएको घण्टा	प्रतिवर्ष काम गरिएको हप्ता
साप्ताहिक आम्दानी		प्रतिवर्ष काम गरिएको हप्ता
प्रत्येक दुई हप्ताको आम्दानी		प्रतिवर्ष काम गरिएको हप्ता
मासिक आम्दानी		महिना प्रतिवर्ष

परिवारको सदस्यको लागि धेरै वार्षिक आय रकमहरू थप्नुहोस्। वार्षिक रकम प्रयोग गर्नुहोस्।

रोजगारी:	सामाजिक सुरक्षा:	बाल सहयोग:
अन्य 1:	अन्य 2:	अन्य 3:
कायपत्र पुनः पर्योग गर्न , गनुहोस्	सबै गणनाहरू खाली	जम्मा:

विविध टिप्पणी र जानकारी

तलको ठाउँमा कुनै पनि स्पष्टीकरण वा थप जानकारी थप्नुहोस्।

बिरामीको हस्ताक्षर _____ मिति _____

अभिभावक वा कानूनी अभिभावक _____ मिति _____