

# आयअनुसार शुल्क (स्लाइडिङ फी) छुट सम्बन्धी निवेदन

प्राइमरी हेल्थ नेटवर्क एक फेडरलबाट मान्यताप्राप्त स्वास्थ्य केन्द्र हो जसले परिवारको आय र आकारको आधारमा निश्चित सेवाहरूमा छुट प्रदान सक्दछ। आयअनुसारको शुल्क हिसाब गर्दा आवेदकको घरपरिवारको कुल वार्षिक आमदानीलाई लिएर निर्धारण गरिन्छ र तपाईं यसका लागि कति योग्य हुनुहुन्छ भनेर निर्धारण गर्न पछिल्लो फेडरल गरिबी निर्देशिका (पोभर्टी गाइडलाइन्स) (तलको तालिकामा उल्टो क्रममा देखाइएको) अनुसार उल्लेख गरिएको सूचकलाई आधार लिइन्छ।

यदि तपाईं आमदानी अनुसारको (स्लाइडिङ) शुल्कमा छनौट हुन चाहनुहुन्छ भने तपाईंले आफ्नो परिवारका सबै सदस्यहरू/व्यक्तिहरू वा तपाईं आर्थिक रूपमा भरणपोषण गर्नुपर्ने व्यक्तिहरूको लागि आयको प्रमाण देखाउनु पर्छ। यदि तपाईंसँग आमदानीको कुनै स्रोत छैन भने तपाईंले जीवनका लागि चाहिने खाना र बास जस्ता आधारभूत आवश्यकताका कुराहरू कसरी प्रबन्ध गर्नुहुन्छ भन्ने कुरा कुलाएर संक्षिप्त लिखित भनाइ प्रदान गर्नुहोस्।

निवेदकले आवश्यकताअनुसार तलका कागजातको एक-एक प्रति उपलब्ध गराउनुपर्नेछ:

- अघिल्लो वर्षको फेडरल कर फिर्ता, W-2's वा 1099's (आय सबै आयहरूको कुलबाट आउनेछ)
- सबैभन्दा पछिल्लो तलबी रसिद, चार हप्ताको
- सामाजिक सुरक्षा भत्ता वा पेन्सन आय
- तपाईंको घरमा बस्ने 18 वर्ष वा सोभन्दा माथिका प्रत्येक वयस्कका लागि सरकारले सहायता प्रदान गरेको पत्रहरू।
- बेरोजगार भत्ता

तपाईंको घरपरिवारको छुट वर्षको एक पटक मूल्याङ्कन गरिनेछ। तपाईंले आमदानीअनुसार शुल्क (स्लाइडिङ फी) छुटको लागि पुनः आवेदन दिनुपर्छ र यस पटक फेरि पछिल्लो आय कागजातहरू उपलब्ध गराउनुपर्छ।

कृपया ध्यान दिनुहोस्: तपाईं केही प्रक्रिया, ल्याब र औषधिहरूको खर्च तिर्नुपर्ने हुन सक्छ। यदि तपाईंसँग कुनै प्रश्न भए कृपया PHN बिलिङ डिपार्टमेन्टलाई 1-888-274-2043 मा फोन गर्नुहोस्।

पूरा गरिएको निवेदन र आय खुल्ने कागजात 21 दिन भित्र कुनै पनि PHN स्थानमा बुझाउनुहोस् वा सोझै यस ठेगानामा हुलाकबाट पठाउनुहोस्:

**Primary Health Network, Attn: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146**

नाम: \_\_\_\_\_ जन्ममिति: \_\_\_\_\_  
परिवारको आकार (तपाईंको घरपरिवारमा सँगै बस्ने परिवार सदस्यहरूको सङ्ख्या): \_\_\_\_\_  
तपाईंको परिवारमा सँगै बस्ने परिवारका सदस्य/व्यक्ति वा तपाईंले आर्थिक भरणपोषण गर्नुपर्ने व्यक्तिहरूको नाम र जन्म मिति बुँदागत रूपमा लेख्नुहोस्:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

फोन: \_\_\_\_\_ तपाईंको इन्सुरेन्स छ?  छ  छैन

छ भने, उल्लेख गर्नुहोस् मेडिकल प्लानको नाम: \_\_\_\_\_  
डेन्टल प्लानको नाम: \_\_\_\_\_

स्पष्टीकृत: म यहाँ यसअनुसार प्रमाणित गर्दछु कि मैले जानेसम्म माथिको जानकारी सत्य र सही छ। म यस जानकारीमा कुनै परिवर्तन भएमा म प्राइमरी हेल्थ नेटवर्कलाई यस्तो परिवर्तन भएको दस (10) दिन भित्र सूचित गर्न सहमत जनाउँछु।

मेरो योग्यता कायम रहनका लागि वार्षिक रूपमा म पुनः छनौट हुनुपर्छ भन्ने मैले बुझ्नेको छु

मलाई यो पनि थाहा छ कि यो जानकारी समीक्षा गरिन्छ र यो फेडरल सरकारद्वारा वार्षिक रूपमा प्रकाशित गर्ने फेडरल गरिबी निर्देशिकामा आधारित रहन्छ। परिवारको आमदानीअनुसारको शुल्क भुक्तानी गर्न बाँकी छ र सेवा लिँदा भुक्तानी गरिनेछ। छुट पाइरहन शुल्क तुरुन्तै तिर्नुपर्छ। यदि तपाईंले सेवा लिँदाको समयमा पैसा तिर्न सक्नुहुँदैन भने कृपया अन्य भुक्तानी व्यवस्था गर्न 1-888-274-2043 मा PHN बिलिङ डिपार्टमेन्टलाई फोन गर्नुहोस्।

## आन्तरिक प्रयोजनका लागि मात्र

वार्षिक कुल आय \_\_\_\_\_

बिरामी आमदानीअनुसारको शुल्क छुटका लागि योग्य भएको वर्ग \_\_\_\_\_

- आय प्रमाण प्रमाणित भएको बिरामीले  
 भर्न अस्वीकार गरेको  
 बिरामी स्लाइडिङ फीको लागि छनौट नभएको

प्रमाणित गर्ने

मिति

# स्लाइडिङ फी स्केल

फेडरल रजिस्टर 2023

गरिबी निर्देशिकामा आधारित

परिवारको आकार	आय मापन	वर्ग 0	वर्ग 1	वर्ग 2	वर्ग 3	वर्ग 4
फेडरल गरिबी आय स्तरको %		100% सम्म	100.01%-149.99%	150.00%-174.99%	175.00%-199.99%	200.00%+
		बिरामी शुल्क: \$0.00	बिरामी शुल्क: \$10.00	बिरामी शुल्क: \$20.00	बिरामी शुल्क: \$30.00	बिरामी शुल्क: 100%
1	वार्षिक मासिक	\$0 – \$14,580 \$0 – \$1,215	\$14,581 – \$21,869 \$1,216 – \$1,822	\$21,870 – \$25,514 \$1,823 – \$2,126	\$25,515 – \$29,160 \$2,127 – \$2,430	\$29,161 + \$2,431+
2	वार्षिक मासिक	\$0 – \$19,720 \$0 – \$1,643	\$19,721 – \$29,579 \$1,644 – \$2,464	\$29,580 – \$34,509 \$2,465 – \$2,875	\$34,510 – \$39,440 \$2,876 – \$3,286	\$39,441 + \$3,287 +
3	वार्षिक मासिक	\$0 – \$24,860 \$0 – \$2,072	\$24,861 – \$37,289 \$2,073 – \$3,108	\$37,290 – \$43,504 \$3,109 – \$3,626	\$43,505 – \$49,720 \$3,627 – \$4,144	\$49,721 + \$4,145 +
4	वार्षिक मासिक	\$0 – \$30,000 \$0 – \$2,500	\$30,001 – \$44,999 \$2,501 – \$3,750	\$45,000 – \$52,499 \$3,751 – \$4,375	\$52,500 – \$60,000 \$4,376 – \$5,000	\$60,001 + \$5,001 +
5	वार्षिक मासिक	\$0 – \$35,140 \$0 – \$2,928	\$35,141 – \$52,709 \$2,929 – \$4,392	\$52,710 – \$61,494 \$4,393 – \$5,124	\$61,495 – \$70,280 \$5,125 – \$5,856	\$70,281 + \$5,857+
6	वार्षिक मासिक	\$0 – \$40,280 \$0 – \$3,357	\$40,281 – \$60,419 \$3,358 – \$5,035	\$60,420 – \$70,489 \$5,036 – \$5,874	\$70,490 – \$80,560 \$5,875 – \$6,714	\$80,561 + \$6,715 +
7	वार्षिक मासिक	\$0 – \$45,420 \$0 – \$3,785	\$45,421 – \$68,129 \$3,786 – \$5,677	\$68,130 – \$79,484 \$5,678 – \$6,623	\$79,485 – \$90,840 \$6,624 – \$7,570	\$90,841 + \$7,571 +
8	वार्षिक मासिक	\$0 – \$50,560 \$0 – \$4,213	\$50,561 – \$75,839 \$4,214 – \$6,319	\$75,840 – \$88,479 \$6,320 – \$7,372	\$88,480 – \$101,120 \$7,373 – \$8,426	\$101,121 + \$8,427+
प्रत्येक थप परिवार सदस्य		+ \$5,140 A + \$428 M	+ \$5,140 A + \$428 M	+ \$7,710 A + \$642 M	+ \$8,995 A + \$750 M	+ \$10,280 A + \$857 M

## अपवाद - वर्ग 0

### मेडिकल

तलका कुराहरूको बिल PHN को वास्तविक लागतको सतप्रतिशत लिइनेछः

- इन्जेक्सनबाट दिइने केही औषधि

### डेन्टल

तलका कुराहरूको बिल PHN को वास्तविक लागतको सतप्रतिशत लिइनेछः

- डेन्टल ल्याब खर्च (दाँत भर्ने, फेर्ने, पुर्ने कार्यसँग सम्बन्धित)

## अपवाद - वर्ग 1-3

### मेडिकल

तलका कुराहरूको बिल PHN को फी तालिकाको वास्तविक शुल्कको सतप्रतिशत लिइनेछः

- अफिसभित्रको केही सर्जरी/प्रक्रिया
- इन्जेक्सनबाट दिइने केही औषधि
- अफिसभन्दा बाहिरका सेवा, जस्तै हस्पिटल, हस्पिटलका सेवा र नर्सिङ होम

### डेन्टल

तलका कुराहरूको बिल PHN को फी तालिकाको वास्तविक शुल्कको 75 प्रतिशत लिइनेछः

- दाँत भर्ने (डेन्च्युर)
- पुर्ने (क्राउन)
- दाँत पुर्ने (ब्रिज वर्क)
- मुखको सर्जरी
- रेजिनमा आधारित पछाडिको दाँत भर्ने