

संघीय रूपमा योग्यता प्राप्त स्वास्थ्य केन्द्र Primary Health Network (प्राइमरी हेल्थ नेटवर्क) ले रोजेका सेवाहरूमा आयमा आधारित छुटहरू प्रदान गर्छ । संघीय गरिबी निर्देशिका (तालिकाका लागि पछाडिको भाग हेर्नुहोस्) अनुसार तपाईंको घरपरिवारको कुल वार्षिक आयको मूल्याङ्कनका आधारमा योग्यता निर्धारण गरिन्छ ।

स्लाइडिड शुल्कका लागि योग्य हुनका लागि कृपया घरपरिवारका सबै सदस्य वा तपाईंको आर्थिक हेरचाहमा रहेका व्यक्तिहरूको आयको प्रमाण उपलब्ध गराउनुहोस् । यदि तपाईंको आय छैन भने स्व-प्रमाणीकरण खण्ड भर्नुहोस् । सामाजिक सुरक्षा लाभहरूका लागि सोहीअनुसार उल्लेख गर्नुहोस् ।

लागू हुने भएमा आवेदकहरूले कागजातहरूको प्रतिलिपि उपलब्ध गराउनुपर्छ:

- अघिल्लो वर्षको संघीय कर विवरण, W-2 को वा 1099 को (प्रमाणीकरणको प्राथमिकता दिइएको विधि)
- चार हप्ताको अवधिको सबैभन्दा पछिल्ला तलबका भुक्तानी रसिदहरू
- सामाजिक सुरक्षा वा पेन्सनको आय
- बेरोजगार क्षतिपूर्ति

पूरा भरिएको आवेदन(हरू) र आयका कागजातहरूलाई कुनै पनि PHN कार्यालयमा वा हुलाक वा इमेलमार्फत फिर्ता गरिदिनुहोस्:

Primary Health Network, Attn: Billing Department, P.O. Box 716, Sharon, PA 16146 | billing@primary-health.net

कृपया ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने कृपया PHN को बिलिङ विभागलाई 1-888-274-2043 मा सम्पर्क गर्नुहोस् ।

नाम: _____ जन्म मिति: _____

ठेगाना: _____

फोन: _____

घरपरिवारको आकार (तपाईंको घरपरिवारमा बस्ने व्यक्तिहरूको सङ्ख्या): _____

घरपरिवारको वार्षिक आय: _____

तपाईंको घरपरिवारमा बस्ने परिवारका सदस्य/व्यक्ति(हरू) वा तपाईंले आर्थिक जिम्मेवारी लिनुभएका व्यक्तिहरूका नाम(हरू) र जन्म मिति(हरू) सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

घरपरिवारका सदस्यको नाम	जन्म मिति	आवेदकसँगको नाता	बिरामीको आईडी (आन्तरिक प्रयोगका लागि मात्र)

यदि तपाईंसँग आयको कुनै पनि स्रोत छैन भने कृपया तपाईंले जीवनका आधारभूत आवश्यकता, खाना र आवासको व्यवस्था कसरी गर्नुहुन्छ भनेर स्पष्ट पार्नुहोस् ।

अस्वीकरण: म यसैद्वारा माथिको जानकारी मलाई थाहा भएसम्म सही र सत्य छ भनी प्रमाणित गर्छु । साथै मैले यो जानकारीमा कुनै परिवर्तन भएको खण्डमा सो परिवर्तन भएको दश (10) दिनभित्र Primary Health Network लाई सूचित गर्नेछु भनी सहमति जनाउँछु ।

मैले मेरो योग्यता कायम राख्न वार्षिक रूपमा पुनः योग्यता प्रमाणित गर्नेपर्ने हुन्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु ।

हस्ताक्षर

मिति

आन्तरिक प्रयोगका लागि मात्र

घरपरिवारको सकल आय: _____

प्राप्त भएको मिति: _____

बिरामी स्लाइडिड शुल्क छुटको वर्गीकरणका लागि योग्य छन्:

आयको प्रमाण प्रमाणित गरिएको

आयको प्रमाण प्राप्त नभएको

स्वीकृत गर्ने

मिति

परिवारको आकार	आयको मापन	वर्गीकरण 0	वर्गीकरण 1	वर्गीकरण 2	वर्गीकरण 3	वर्गीकरण 4
सङ्घीय 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+
परिवारको प्रत्येक अतिरिक्त सदस्यका लागि		+ \$5,140 वार्षिक + \$428 मासिक	+ \$5,140 वार्षिक + \$428 मासिक	+ \$7,710 वार्षिक + \$642 मासिक	+ \$8,995 वार्षिक + \$750 मासिक	+ \$10,280 वार्षिक + \$857 मासिक

समावेश नगरिएका - वर्गीकरण 0

दन्त सेवा

निम्न कुराका लागि PHN को वास्तविक खर्चहरूको 100% बिल लगाइनेछ:

- कृत्रिम दाँत, क्राउन वा ब्रिजको कामसँग सम्बन्धित डेन्टल प्रयोगशालाको खर्च

समावेश नगरिएका - वर्गीकरण 1-3 दन्त सेवा

निम्न कुराका लागि PHN को शुल्क तालिकाका आधारमा वास्तविक शुल्कको 75% बिल लगाइनेछ:

- कृत्रिम दाँत
- क्राउन
- ब्रिजको काम
- मुखको शल्यक्रिया
- रेजिन मिसिएको पोस्टरियर फिलिड