

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 ।

स्लाइडिङ 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)
- सामाजिक सुरक्षा वा पेन्सनको आय
- चार हप्ताको अवधिको सबैभन्दा पछिल्ला तलबका भुक्तानी रसिदहरू
- 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](mailto: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 स्लाइडिङ 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 – \$15,060 \$0 – \$1,255	\$15,061 – \$22,589 \$1,256 – \$1,881	\$22,590 – \$26,354 \$1,882 – \$2,195	\$26,355 – \$30,119 \$2,196 – \$2,509	\$30,120 + \$2,510+
2	वार्षिक मासिक	\$0 – \$20,440 \$0 – \$1,703	\$20,441 – \$30,659 \$1,704 – \$2,554	\$30,660 – \$35,769 \$2,555 – \$2,979	\$35,770 – \$40,879 \$2,980 – \$3,405	\$40,880 + \$3,406 +
3	वार्षिक मासिक	\$0 – \$25,820 \$0 – \$2,151	\$25,821 – \$38,729 \$2,152 – \$3,226	\$38,730 – \$45,184 \$3,227 – \$3,764	\$45,185 – \$51,639 \$3,765 – \$4,302	\$51,640 + \$4,303 +
4	वार्षिक मासिक	\$0 – \$31,200 \$0 – \$2,600	\$31,201 – \$46,799 \$2,601 – \$3,899	\$46,800 – \$54,599 \$3,900 – \$4,549	\$54,600 – \$62,399 \$4,550 – \$5,199	\$62,400 + \$5,200 +
5	वार्षिक मासिक	\$0 – \$36,580 \$0 – \$3,048	\$36,581 – \$54,869 \$3,049 – \$4,571	\$54,870 – \$64,014 \$4,572 – \$5,333	\$64,015 – \$73,159 \$5,334 – \$6,095	\$73,160 + \$6,096 +
6	वार्षिक मासिक	\$0 – \$41,960 \$0 – \$3,496	\$41,961 – \$62,939 \$3,497 – \$5,244	\$62,940 – \$73,429 \$5,245 – \$6,119	\$73,430 – \$83,919 \$6,120 – \$6,992	\$83,920 + \$6,993 +
7	वार्षिक मासिक	\$0 – \$47,340 \$0 – \$3,946	\$47,341 – \$71,009 \$3,947 – \$5,916	\$71,010 – \$82,844 \$5,917 – \$6,902	\$82,845 – \$94,679 \$6,903 – \$7,889	\$94,680 + \$7,890 +
8	वार्षिक मासिक	\$0 – \$52,720 \$0 – \$4,393	\$52,721 – \$79,079 \$4,394 – \$6,589	\$79,080 – \$92,259 \$6,590 – \$7,687	\$92,260 – \$105,439 \$7,688 – \$8,785	\$105,440 + \$8,786 +
परिवारको प्रत्येक अतिरिक्त सदस्यका लागि		+ \$5,380 वार्षिक + \$448 मासिक	+ \$5,380 वार्षिक + \$448 मासिक	+ \$8,070 वार्षिक + \$672 मासिक	+ \$9,415 वार्षिक + \$784 मासिक	+ \$10,760 वार्षिक + \$896 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 फिलिङ