

तपाईंको स्वास्थ्य स्याहारको भुक्तानी गर्न त्यहाँ मद्दत उपलब्ध छः Community Health Net स्लाइडिङ शुल्क छूट कार्यक्रम (sliding fee discount program)

परिवारिक कार family size	discount/छुट A \$25.00		discount/छुट B \$35.00		discount/छुट C \$45.00		discount/छुट D \$55.00		full fee/पूर्ण शुल्क 100%
	बाट/from	मा/to	बाट/from	मा/to	बाट/from	मा/to	बाट/from	मा/to	
1 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$15,960.00	\$21,386.40	\$21,386.41	\$26,653.20	\$26,653.21	\$31,920.00	\$31,920.01
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$307	\$411	\$411	\$513	\$513	\$614	\$614
2 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$21,640.00	\$28,997.60	\$28,997.61	\$36,138.80	\$36,138.81	\$43,280.00	\$43,280.01
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$416	\$558	\$558	\$695	\$695	\$832	\$832
3 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$27,320.00	\$36,608.80	\$36,608.81	\$45,624.40	\$45,624.41	\$54,640.00	\$54,640.01
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$525	\$704	\$704	\$877	\$877	\$1,051	\$1,051
4 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$33,000.00	\$44,220.00	\$44,220.01	\$55,110.00	\$55,110.01	\$66,000.00	\$66,000.01
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$635	\$850	\$850	\$1,060	\$1,060	\$1,269	\$1,269
5 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$38,680.00	\$51,831.20	\$51,831.21	\$64,595.60	\$64,595.61	\$77,360.00	\$77,360.01
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$744	\$997	\$997	\$1,242	\$1,242	\$1,488	\$1,488
6 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$44,360.00	\$59,442.40	\$59,442.41	\$74,081.20	\$74,081.21	\$88,720.00	\$88,720.01
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$853	\$1,143	\$1,143	\$1,425	\$1,425	\$1,706	\$1,706
7 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$50,040.00	\$67,053.60	\$67,053.61	\$83,566.80	\$83,566.81	\$100,080.00	\$100,080.01
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$962	\$1,289	\$1,289	\$1,607	\$1,607	\$1,925	\$1,925
8 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$55,720.00	\$74,664.80	\$74,664.81	\$93,052.40	\$93,052.41	\$111,440.00	\$111,440.01
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$1,072	\$1,436	\$1,436	\$1,789	\$1,789	\$2,143	\$2,143

Community Health Net सघीय रूपमा मान्यताप्राप्त स्वास्थ्य केन्द्र (Federally Qualified Health Center, FQHC) हो।

FQHC को रूपमा, हामीले परिवारको आम्दानी र आकारमा आधारित रहेर केही सेवाहरूमा छुटको प्रस्ताव गर्न सक्षम छौं। हामीले तपाईंको छुट योग्यतालाई निर्धारण गर्न माथिको तालिकाको प्रयोग गर्छौं। (यो तालिका <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> मा अवस्थित हुनसक्छ)

कार्यक्रममा कस्ता सेवाहरू समावेश छन्?

- Community Health Net का प्राथमिक स्याहार भेटहरू
- Community Health Net का आँखा क्लिनिक भेटहरू
- Community Health Net का दन्त स्याहार भेटहरू
- CHN फार्मसी (योग्य वस्तुहरूको लागि फार्मसी हेर्नुहोस्)

कार्यक्रममा कस्ता सेवाहरूलाई समावेश गरिंदैन?

- अस्पताल भेटहरू, अस्पताल सेवाहरू, नर्सिङ होम
- स्थानीय इमेजिङ सुविधाहरू (एक्स-रे, CT, MRI आदि)
- स्थानीय प्रयोगशालाहरू (ACL आदि)
- केही दन्त कार्यविधिहरू; अफसाइट प्रयोगशालामा उत्पादन गर्न आवश्यक पर्ने आंशिक, डेन्चरहरू, क्राउन वा कुनै पनि कुराहरू

थप जान्नको
लागि, कृपया
निम्नमा सम्पर्क गर्नुहोस्!

814-455-7222

वा

814-454-4530 x287

स्लाइडिङ शुल्क छुटहरू निम्न कुराहरूको प्रयोग गरेर निर्धारण गरिन्छः

- सघीय आम्दानी कर फारामहरू/federal income tax form
- W-2's
- निरन्तर भुक्तानी स्टबहरू/consecutive pay stubs
- बेरोजगारी लाभहरू/unemployment benefits
- सामाजिक सुरक्षा लाभहरू/social security benefits
- स्वयम्-घोषणा विकल्पहरू पनि उपलब्ध छन्/self-declaration option

पुनः प्रमाणीकरण वार्षिक रूपमा वा पारिवारिक आकार वा आम्दानीमा

परिवर्तनहरू हुँदा आवश्यक हुन्छ। तपाईं कम मूल्यमा छुट कार्यक्रम (Sliding Fee Discount Program) को लागि एकपटक स्वीकृत भएपछि, तपाईं कार्यक्रममा एक वर्षको लागि सक्रिय रहनुहुन्छ।

स्लाइडिंग शुल्क छुट कार्यक्रम नामांकन अवसर Sliding Fee Discount Program Enrollment Opportunity

बिरामीको भुक्तानी गर्ने क्षमतालाई ध्यान नदिई सेवा प्रदान गर्नु सामुदायिक स्वास्थ्य नेटको नीति हो । संघीय योग्य स्वास्थ्य केन्द्रको रूपमा, सामुदायिक स्वास्थ्य नेटले एक स्लाइडिंग शुल्क छुट कार्यक्रम प्रदान गर्दछ जुन बिरामीहरूलाई परिवारको आकार र आयको आधारमा स्वास्थ्य सेवाहरूको लागि भुक्तान गर्न अनुमति दिन डिजाइन गरिएको छ; त्यसैले कम पैसा कमाउने बिरामीले बढी कमाउने बिरामीको तुलनामा कम पैसा तिर्ने गरेका छन् । छुट सबै सामुदायिक स्वास्थ्य नेट स्थानहरूमा प्राप्त सेवाहरूमा लागू हुनेछ। केही अपवादहरू लागू हुन्छन्।

यो कार्यक्रम सामुदायिक स्वास्थ्य नेटका बिरामीहरूलाई कल गर्न प्रस्ताव गरिएको छ - रोजगारी, बेरोजगार, सेवानिवृत्त, बीमित, अबीमित, आदि। तपाईंको व्यक्तिगत जानकारी तपाईंको लिखित सहमति बिना कुनै पनि बाहिरी संस्थालाई रिपोर्ट गरिने छैन। तपाईंले छुट दर प्राप्त गर्नुहुन्छ वा गर्नुहुन्न तपाईंले समान गुणस्तरको हेरचाह र सेवाहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ। जब तपाईं यस कार्यक्रममा भाग लिनको लागि आवेदन दिनुहुन्छ, हामी संघीय सरकारद्वारा वार्षिक रूपमा प्रकाशित संघीय गरिबी दिशानिर्देशहरूको आधारमा तपाईंको आवेदनको समीक्षा गर्नेछौं ताकि कुन श्रेणी तपाईंको सेवाहरूको लागि भुक्तान गरिएको रकममा सबैभन्दा राम्रो लागू हुन्छ भनेर निर्धारण गर्न।

नाम (Name): _____

हालको ठेगाना (Current Address): _____

इमेल (Email): _____ फोन (Phone): _____

Select One

- म स्लाइडिंग शुल्क छुट कार्यक्रममा भाग लिन आवेदन गर्दछु र सामुदायिक हेल्थनेटलाई मेरो आवेदन र आय जानकारी समीक्षा गर्न अनुरोध गर्दछु। म प्रमाणित गर्दछु कि प्रदान गरिएको जानकारी मेरो ज्ञानको सबै भन्दा राम्रो सही छ। यदि स्वीकृत भएमा, म सामुदायिक स्वास्थ्य नेटलाई सूचित गर्न सहमत छु यदि मेरो घरको आकार वा आयमा कुनै परिवर्तन छ र बुझ्छु कि म योग्यता कायम गर्न वार्षिक रूपमा पुनः योग्य हुनुपर्दछ. (applying)
- म स्लाइडिंग शुल्क छुट कार्यक्रममा भर्ना भएको छु र वार्षिक नवीकरण वा परिवर्तन गर्न अनुरोध गर्दछु. (renewing)
- म स्लाइडिंग शुल्क छुट कार्यक्रमको लागि आवेदन दिन इच्छुक छैन तर बुझ्छु कि म सामुदायिक स्वास्थ्य नेटमा सम्पर्क गरेर कुनै पनि समयमा आवेदन दिन छनौट गर्न सक्छु। घट्टो प्रत्येक पात्रो वर्षमा हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ. (decline)

कृपया आफैं सहित सबै परिवारका सदस्यहरूको नाम सूचीबद्ध गर्नुहोस् (household members/self)			जन्ममिति/DOB
पहिलो नाम/first name	बीचको नाम/सुरूको/Middle initial	अन्तिम नाम last name	MM/DD/YYYY

हस्ताक्षर/Signature

मिति/date

****नवीकरणहरू वार्षिक रूपमा प्रभावकारी मितिमा पूरा हुनुपर्दछ ****
****तपाईंलाई आवेदन परिणामहरूको मेलद्वारा सूचित गरिनेछ****

CHN Staff

- * If applying please collect pay information and/or self declaration. Once received send to Finance.
- * If patient declines, send to Medical Records
- * If patient applies but does not provide documentation, follow up with patient within 7 days.

Staff person doing F/U _____

Follow up date: _____

If patient no longer wants to apply, initial and date here: _____