



आदरणीय बिरामी,

हाम्रो रेकर्ड अनुसार तपाईं को उपचार हाम्रो क्लिनिक मा भएको थियो तर तपाईं संग इन्सुरंस छैन ।

तपाईं संग इन्सुरंस भए , कृपया हाम्रो क्लिनिक मा फोन ५७०-३४३-२३८३ गर्नु होला ।

इसुरंस कम्पनी संग हामी सम्बन्धित सुल्क फाइल गर्ने छौ ।

तपाईं संग इन्सुरंस छैन भने अथवा रकम थिनु पर्छ भने तर तिर्न सक्नु हुन्न भने स्लाइडिंग फी को आबेदन दिनु होला ।

तपाईं को परिवार को संख्या र आम्दानी अनुसार तपाईं लाई सहयोग मिल्न सक्छ । त्यसैले दिएको आबेदन भर्नु होला । घर को सम्पूर्ण आथरिक स्वोत्र र परिवार को सदश्य हरु फारम मा भर्नु होला ।

तल भनेको जस्तो कागज हरु को पेस गर्नु होला ।

- दोब्लु र फारम र काम को हाल को चेक
- यो वर्ष को कर तिरेको कागजहरु
- काम नगरेको आम्दानी , सोसिल सेकुरिटी आम्दानी , दिसबिल्टी, कामको इन्सुरंस
- बालक को सपोर्ट आम्दानी
- पेन्सन आम्दानी
- काम बाट तलब को कागजहरु
- आथरिक सहयोग गर्ने मान्छे को कागजहरु

तल को ठेगाना भरेको आबेदन पोस्ट गर्नु होला :

The Wright Center for Community Health  
501 South Washington Avenue, Suite 1000  
Scranton, PA 18505

Attention: Outreach and Enrollment Coordinator/Navigator

क्लिनिक फोन ५७०-३४३-२३८३

धन्यवाद

Revenue Cycle Department



# स्लाइडिंग फीस छुट खाता कार्यक्रम आवेदन

## DENTAL SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION

बिरामी को नाम: \_\_\_\_\_ आज को मिति Date of Request: \_\_\_\_\_  
थर last name शुभ नाम First name बिरामी जाचेको दिन /Date of Appointment: \_\_\_\_\_

ठेगाना Address: \_\_\_\_\_

City सहर

State राज्य

Zip Code जिप कोद

(सेल फोन नम्बर / Phone Number cell) \_\_\_\_\_

(घरको फोन नम्बर / home) \_\_\_\_\_

Number of household members living at the above address घर को जम्मा सदश्य संख्या \_\_\_\_\_

घर मा भएको सम्पूर्ण परिवारको सदश्य हरु तल नाम र जन्म मिति भर्नुहोला

**Family/Household members:** The number of persons living in the household, who cohabit, mutually contribute to household expenses and assert that they are a household unit. It is recognized that other persons may reside at the common residence and not be considered as part of the household unit.

(Any person, including yourself, living in household must be listed below) घर को जम्मा सदश्य संख्या

नाम Name

जन्म मिति Date of birth

१ \_\_\_\_\_

२ \_\_\_\_\_

३ \_\_\_\_\_

४ \_\_\_\_\_

५ \_\_\_\_\_

६ \_\_\_\_\_

नाम Name

जन्म मिति Date of birth

७ \_\_\_\_\_

८ \_\_\_\_\_

**घर को सम्पूर्ण आम्दानी**

**HOUSEHOLD INCOME (List ALL household income for all adult household members):**

१२ महिना को आम्दानी Total for 12 months

सम्पूर्ण आम्दानी Gross Wages, Salaries, Tips	\$ _____
सोसिल सेकुरिटी आम्दानी Social Security	\$ _____
दिसबिल्टी Disability	\$ _____
निजी आम्दानी Farm/Self-Employment Net Earnings	\$ _____
काम न गरेको आम्दानी Unemployment	\$ _____
फूड स्टाम्प बाहेक अरु साहेथा Public Assistance (exclude food stamps)	\$ _____
कामको इन्सुरंस Workers' Compensation	\$ _____
पैत्रिक सम्पत्ति Alimony	\$ _____
बालक को सपोर्ट Child Support	\$ _____
आर्मी Military	\$ _____
भी ये को सुबिस्था VA Benefits	\$ _____
पेन्सन Pensions/Annuities	\$ _____
ब्याजको आम्दानी Dividend or Interest Income	\$ _____
रेंताल आम्दानी Rental Income	\$ _____
जम्मा आम्दानी Total	\$ _____

**आम्दानी को स्रोत**

**PROOF OF INCOME IS REQUIRED FOR EACH ADULT MEMBER OF HOUSEHOLD.**

तल देकयाको जस्तो आम्दानी को स्रोत

Examples of acceptable proof of income are:

- दोब्लु २ फारम W-2 Form or काम को चेक most current pay stubs for the last month of employment
- यो वर्ष को कर तिरेको कागजहरु Current tax return
- काम नगरेको आम्दानी Unemployment, सोसिल सेकुरिटी आम्दानी Social security, दिसबिल्टी Disability, कामको इन्सुरंस Workers' Compensation award letter
- बालक को सपोर्ट Child support and/or alimony award letter
- पेन्सन Pension or retirement income information
- काम बाट तलब को कागजहरु Letter from employer establishing income
- सहयोग गर्ने मान्छे को कागजहरु Letter from person/persons supplying support showing amount and frequency of support

मेडिकल इन्सुरंस Does patient currently have any medical insurance? छ Yes \_\_\_\_\_ छैन No \_\_\_\_\_

छ भए तल भर्नु होला If yes, please complete the following information: (medical)

इन्सुरंस को नाम Name and Address of Insurance: \_\_\_\_\_

पोलिसी नम्बर Policy Number: \_\_\_\_\_

पोलिसी होल्डर को नाम Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_ जन्म मिति Date of Birth: \_\_\_\_\_

दन्त को इन्सुरंस Does patient currently have any dental insurance? छ Yes \_\_\_\_\_ छैन No \_\_\_\_\_

छ भए तल भर्नु होला If yes, please complete the following information: (dental)

इन्सुरंस को नाम Name and Address of Insurance: \_\_\_\_\_

पोलिसी नम्बर Policy Number: \_\_\_\_\_

पोलिसी होल्डर को नाम Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_ जन्म मिति Date of Birth: \_\_\_\_\_

बिरामी को काम Occupation of Patient: \_\_\_\_\_

काम गर्ने ठाउँ को नाम Employer Name: \_\_\_\_\_

काम गर्ने ठाउँ को ठेगाना Employer Address: \_\_\_\_\_

तपाईं को घर को आम्दानी मा फरक बदल भएमा सम्बन्धित कागज पत्र हरु बुझानु होला

If you had a change in financial circumstance since your last application, please provide documentation of current income or financial status and write a note explaining how it has changed.

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

सम्पूर्ण फारम मा सत्य भरेको छु

I affirm that the above information is true and correct.

\_\_\_\_\_  
बिरामी को सहि Signature of Patient or अभिभावक को सहि Guardian

\_\_\_\_\_  
मिति Date

\_\_\_\_\_  
बिरामी को नाता Relationship to Patient

For Office Use Only

This document was received on \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Rate approved per table \_\_\_\_\_ Reapply by \_\_\_\_\_



सामुदायिक स्वास्थ्यको लागि राइट सेंटरमा छुट शुल्क शुल्क डिस्काउंट अनुसूची (TWCCCH)/ Medical and BH SFDS  
संघीय गरीबी दिशानिर्देश 2021 को आधारमा

यदि सामुदायिक स्वास्थ्य कर्मचारीको लागि राइट स्याट रोगीहरूलाई निर्धारण गर्न उपलब्ध छ भने उनीहरूले मेडिकल र व्यवहार स्वास्थ्य लाभ कवरेज विकल्पहरूको लागि योग्य छन्। यी विकल्पहरूमा प्रदान गरिने सेवाहरूको लागि TWCCCH को मात्रामा छुट समावेश हुन सक्छ, म्यानुअल घरको आय र साइजमा आधारित, र विशेष अनुदान-प्रदान गरिएको सेवाको लागि योग्यता वा सार्वजनिक वित्त पोषित स्वास्थ्य सेवाको कवरेज जस्ता मेडिकाइड जस्ता। धेरै अवस्थामा, सामुदायिक स्वास्थ्यका लागि राइट सेंटरले केही लाभ र कवरेजको लागि नामांकन प्रक्रियामा योग्यता मरीजहरू पनि मद्दत गर्न सक्छ। सबै रोगीहरूलाई भुक्तानी गर्न उनीहरूलाई भुक्तानी गर्ने योग्यताको पहुँच प्रदान गरिनेछ।

चिकित्सा र व्यवहार स्वास्थ्य छुट को लागि पात्रता निर्धारण गर्न, सामुदायिक स्वास्थ्यको लागि राइट सेंटर संघीय गरीबी दिशानिर्देशहरू प्रयोग गर्दछ (तल चार्ट हेर्नुहोस्)। हामीलाई निम्न जानकारी चाहिन्छ।

**पूरा फ्लाइंग शुल्क आवेदन**  
घरको प्रत्येक सदस्यको लागि आयको प्रमाण (स्वीकार्य कागजातहरूको लागि आवेदन हेर्नुहोस्)

पारिवारिक आकार र आयमा आधारित योग्यता रोगीहरूको लागि डिस्काउंट स्तरहरू तल देखाइएका छन्।

2021 को आधारमा संघीय गरीबी दिशानिर्देशहरू (बाँकी रकममा छुट छुट)

परिवार आकार	नामांकन शुल्क *		80% डिस्काउंट		60% डिस्काउंट		40% डिस्काउंट		20% डिस्काउंट		स्लाइडिङ छुट छुटको लागि योग्य छैन
	माथि	तल वा तल	माथि	तल वा तल	माथि	तल वा तल	माथि	तल वा तल	माथि	तल वा तल	माथि
1	\$0	- \$12,880	\$12,880	- \$16,100	\$16,100	- \$19,320	\$19,320	- \$22,540	\$22,540	- \$25,760	\$25,760
2	\$0	- \$17,420	\$17,420	- \$21,775	\$21,775	- \$26,130	\$26,130	- \$30,485	\$30,485	- \$34,840	\$34,840
3	\$0	- \$21,960	\$21,960	- \$27,450	\$27,450	- \$32,940	\$32,940	- \$38,430	\$38,430	- \$43,920	\$43,920
4	\$0	- \$26,500	\$26,500	- \$33,125	\$33,125	- \$39,750	\$39,750	- \$46,375	\$46,375	- \$53,000	\$53,000
5	\$0	- \$31,040	\$31,040	- \$38,800	\$38,800	- \$46,560	\$46,560	- \$54,320	\$54,320	- \$62,080	\$62,080
6	\$0	- \$35,580	\$35,580	- \$44,475	\$44,475	- \$53,370	\$53,370	- \$62,265	\$62,265	- \$71,160	\$71,160
7	\$0	- \$40,120	\$40,120	- \$50,150	\$50,150	- \$60,180	\$60,180	- \$70,210	\$70,210	- \$80,240	\$80,240
8*	\$0	- \$44,660	\$44,660	- \$55,825	\$55,825	- \$66,990	\$66,990	- \$78,155	\$78,155	- \$89,320	\$89,320
FPL	< 100%		125%		150%		175%		200%		माथि 200%
नोट: पारिवारिक एकाइहरूको लागि 8 सदस्य भन्दा बढीका लागि, प्रत्येक अतिरिक्त सदस्यको लागि \$ 4,540 थप्नुहोस्											
* 2020 फेडरल गरीबी दिशानिर्देशहरूको 100% भन्दा मुनिको बिरामीले \$ 5.00 को नामांकन शुल्क लगाइनेछ											