

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	\$15,060.00	\$20,180.40	\$20,180.41	\$25,150.20	\$25,150.21	\$30,120.00	\$30,120.01
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$290	\$388	\$389	\$484	\$485	\$579	\$580
2 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$20,440.00	\$27,389.60	\$27,389.61	\$34,134.80	\$34,134.81	\$40,880.00	\$40,881.00
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$393	\$527	\$528	\$656	\$657	\$786	\$787
3 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$25,820.00	\$34,598.80	\$34,598.81	\$43,119.40	\$43,119.41	\$51,640.00	\$51,641.00
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$497	\$665	\$666	\$829	\$830	\$993	\$994
4 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$31,200.00	\$41,808.00	\$41,808.01	\$52,104.00	\$52,104.01	\$62,400.00	\$62,401.00
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$600	\$804	\$805	\$1,002	\$1,003	\$1,200	\$1,201
5 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$36,580.00	\$49,017.20	\$49,017.21	\$61,088.60	\$61,088.61	\$73,160.00	\$73,161.00
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$703	\$943	\$944	\$1,175	\$1,176	\$1,407	\$1,408
6 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$41,960.00	\$56,226.40	\$56,226.41	\$70,073.20	\$70,073.21	\$83,920.00	\$83,921.00
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$807	\$1,081	\$1,082	\$1,348	\$1,349	\$1,614	\$1,615
7 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$47,340.00	\$63,435.60	\$63,435.61	\$79,057.80	\$79,057.81	\$94,680.00	\$94,681.00
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$910	\$1,220	\$1,221	\$1,520	\$1,521	\$1,821	\$1,822
8 व्यक्ति/person									
	वार्षिक/annually	\$0	\$52,720.00	\$70,644.80	\$70,644.81	\$88,042.40	\$88,042.41	\$105,440.00	\$105,441.00
	साप्ताहिक/weekly	\$0	\$1,014	\$1,359	\$1,360	\$1,693	\$1,694	\$2,028	\$2,029

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

FQHC को रूपमा, हामीले परिवारको आम्दानो र आकारमा आधारित स्तर 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 हेनुहोस)

कार्यक्रममा कस्ता सेवाहरूलाई समावेश गरिँदैन?

- 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 गर्नुहोस!
814-455-7222
वा
814-454-4530 x287

स्लाइडिङ शुल्क छुटहरू निम्न कुराहरूको प्रयोग गरेर निर्धारण गरिन्छः

- संघीय आम्दानो कर फारमहरू/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 परिवारिक आकार वा आम्दानोमा परिवर्तनहरू हुँदा आवश्यक हुन्छ। तपाईं कम मूल्यमा छुट कार्यक्रम (Sliding Fee Discount Program) को लागि एकपटक स्वीकृत भएपछि, तपाईं कार्यक्रममा एक वर्षको लागि सक्रिय रहनुहुनेछ।

कम मूल्यमा छुट कार्यक्रम आवेदन
(Sliding Fee Discount Program Application)

बिरामीको भुक्तानी क्षमताको बावजूद सेवाहरू उपलब्ध गराउने Community Health Net को नीति रहेको छ। संघीय रूपमा योग्य स्वास्थ्य केन्द्रको रूपमा, Community Health Net ले बिरामीहरूलाई परिवारको आकार र आम्दानीमा आधारित स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरूको लागि भुक्तानी गर्ने अनुमति दिनको लागि डिजाइन गरिएको स्लाइडिङ शुल्कमा छुटको प्रस्ताव गर्छ; त्यसकारण, थोरै पैसा कमाउने बिरामीहरूले धेरै कमाउने व्यक्तिहरू भन्दा थोरै भुक्तानी गर्नेछन्। सबै Community Health Net का स्थानहरूमा प्राप्त गरिने सेवाहरूमा छुट लागू हुनेछन्। केही अपवादहरू लागू हुन्छन्।

स्लाइडिङ शुल्क छुट कार्यक्रमको लागि आवेदन दिन, कृपया निम्न जानकारी पूरा गर्नुहोस् र घरायसी आम्दानी र फोटो पहिचानको पुष्टिसँग प्रशासनिक कार्यालयमा फिर्ता गर्नुहोस्। छुटको लागि योग्य रहन, यो फाराम प्रत्येक 12 महिनामा वा तपाईंको परिवार/वित्तीय अवस्थाहरू परिवर्तन हुन्छ भने पूरा गर्नुपर्छ।

आवेदकको नाम/name: _____

ठेगाना:/current address: _____

इमेल ठेगाना:/email _____ फोन नम्बर/phone: _____

Select One

म स्लाइडिङ शुल्क छुट कार्यक्रममा भाग लिन आवेदन गर्दैछु र सामुदायिक स्वास्थ्य नेटलाई मेरो आवेदन र आय जानकारी पुनरावलोकन गर्न अनुरोध गर्दैछु। म प्रमाणित गर्दैछु 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 हरू छन् र मैले योग्यता कायम राख्न वार्षिक रूपमा पुनः योग्य हुनुपर्दछ भनेर बुझ्दछु। (applying)

म स्लाइडिङ शुल्क छुट कार्यक्रममा भर्ना भएको छु र वार्षिक नवीकरणको अनुरोध गर्दै वा परिवर्तन गर्दैछु (renewal)

म स्लाइडिङ शुल्क छुट कार्यक्रमको लागि आवेदन गर्न इच्छुक छैन तर बुझ्दछु कि म सामुदायिक स्वास्थ्य नेटमा सम्पर्क गरेर कुनै पनि समयमा आवेदन गर्न छनौट गर्न सक्छु। हास प्रत्येक क्यालेन्डरमा हस्ताक्षर गर्नु पर्दछ हो (not interested)

सबै घरका सदस्यहरू/all household members			जन्ममिति/DOB
पहिलो/first name	बीचको/M.I.	अन्तिम/last	महिना/दिन/वर्ष (mm/dd/yy)

बिरामी वा जिम्मेवार पक्षको/signature _____

हस्ताक्षर/date _____

TO BE COMPLETED BY COMMUNITY HEALTH NET STAFF

Household size _____ Annual Income \$ _____

CHN Employee Processing Application _____

Date Application Processed: _____

Finance Department Approval: _____

Date of Finance Approval: _____

Discount Rate Approved For:
A B C D
Copoly amount approved for:
\$ _____
Effective Date _____
Expiration Date _____
365 days from effective date