

Geisinger

आर्थिक आवेदन

आम्दानीको प्रमाण यो आवेदनको साथमा हुनुपर्छ (2 भुक्तान विवरणहरू वा 1040)
फिर्ता नहुने भएकाले वास्तविक प्रतिलिपिहरू समावेश गर्नुहोस्

खण्ड 1- बिरामीको जानकारी

1. बिरामीको नाम	2. चिकित्सा रेकर्ड नम्बर:	
(अन्तिम)	(पहिलो)	(मध्यम)
3. आवेदनको मिति	4. यो आवेदनले थप चिकित्सा रेकर्ड नम्बरहरू समावेश गर्छ:	
5. सडक ठेगाना:	6. टेलिफोन नम्बर:	
7. शहर, राज्य, जिप कोड:	8. *परिवारको आकार:	
<small>*परिवारको आकारमा आफू, जीवनसाथी र कुनै नाबालक बालबालिका पर्दछन्। गर्भवती महिलालाई दुई पारिवारिक सदस्यहरूको रूपमा गणना गरिन्छ।</small>		
9. अमेरिकाको नागरिकता? हो वा होइन	10. सामाजिक सुरक्षा नम्बर वा व्यक्तिगत करदाता पहिचान नम्बर:	
11. कतौती गर्नुअघिको तलब/ज्यालाहरू: \$ _____	<small>तलब/ज्यालाहरू वा हालको IRS 1040 फाइलिङमा समर्थन गर्न दुई वटा भुक्तानी विवरणका प्रतिलिपिहरू समावेश गर्नुहोस्</small>	

12. प्राथमिक स्वास्थ्य कभरेज: मेडिकेयर, भेटरान्स मामिला वा अबीमाकृत भएमा, पेन्सिलभानिया चिकित्सा सहायता निर्धारण समावेश गर्नुपर्छ)

13. के घरमा \$5,000 भन्दा बढी सम्पत्ति छ? (छ/छैन)

यदि छ भने, कृपया सम्पत्तिलाई सूचीबद्ध गर्नुहोस् र विवरणहरू उपलब्ध गराउनुहोस्

आमाबुवा वा अभिभावकको हस्ताक्षर:

सम्पत्तिमा निम्न समावेश हुन्छन्: (बैंकिङ/सेभिङ; मुद्रा वजार/CD/स्टक/बन्डहरू; सम्पत्ति (प्राथमिक निवास बाहेक); अन्य)

मिति:

निम्नमा आवेदन र समर्थन कागजातका प्रतिलिपिहरू मेल गर्नुहोस्:

Geisinger Uncompensated Care Service 49-38
100 North Academy Ave
Danville, PA 17822-4938

Section 2 – Office Use Only

(खण्ड 2 – कार्यालय प्रयोगको लागि मात्र)

Received Date:	Review Date:	
Verified Income:	Federal Poverty Level:	
Approved (circle): YES NO (Select reason for denial)	Reasons for Denial: ____ Applicant Over Income ____ Applicant did not supply Income Documentation ____ Applicant did not supply Medicaid Determination Other: _____	
Total Adjustment:	Approver Level:	
Geisinger Title	Signature:	Date:
Service Line Specialist		
Supervisor		
Manager		
Director		
Associate Vice President		
Vice President		