

<p>1. Applicant</p> <p>Name (Last) _____ (First) _____ (MI) _____</p> <p>Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____</p> <p>Phone Number _____ Date of Birth _____ SS# _____</p> <p>Single _____ Married _____ Divorced _____ Separated _____ Widowed _____</p>																									
<p>2. Household Members (<i>Spouse/Dependent Children/Relatives</i>)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Name</th> <th style="width: 25%;">Relationship</th> <th style="width: 25%;">Birth Date</th> <th style="width: 25%;">Social Security #</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. _____</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Name	Relationship	Birth Date	Social Security #	1. _____				2. _____				3. _____				4. _____				5. _____			
Name	Relationship	Birth Date	Social Security #																						
1. _____																									
2. _____																									
3. _____																									
4. _____																									
5. _____																									
<p>3. Are you a College/University student? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Can you be claimed as a dependent on someone else's tax return? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(If yes, additional income verification is required)</i></p> <p>Are you in the United States on a non-immigrant visa such as, student, tourist or governmental delegation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Are you homeless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, please describe: _____</p> <p>Where are you staying? _____</p> <p>How long will you be staying there? _____</p> <p>Are you aware of homeless services in our community? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>																									
<p>4. Total Family Income (Anyone on your income tax return)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 60%;">Income Calculation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Total Household Members</b></td> <td>Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td>From Sections 1 &amp; 2 _____</td> <td>Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____</td> </tr> <tr> <td><b>Total Annual Income</b> \$ _____</td> <td>(Specify type) _____</td> </tr> </tbody> </table>			Income Calculation	<b>Total Household Members</b>	Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____	From Sections 1 & 2 _____	Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____		Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____	<b>Total Annual Income</b> \$ _____	(Specify type) _____														
	Income Calculation																								
<b>Total Household Members</b>	Wages/Salary \$ _____ per _____ = \$ _____																								
From Sections 1 & 2 _____	Self-employment \$ _____ per _____ = \$ _____																								
	Unearned \$ _____ per _____ = \$ _____																								
<b>Total Annual Income</b> \$ _____	(Specify type) _____																								
<p>5. Insurance</p> <p>Do you or your spouse have dental insurance coverage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Company _____</p> <p>Do you or your spouse have health insurance benefits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Company _____</p> <p>If yes, is it a Vermont Health Connect Policy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Insured - Insurance Provider:</p> <p><input type="checkbox"/> Uninsured</p> <p><input type="checkbox"/> Filled out State Insurance Application (Green Mountain Care)</p> <p><input type="checkbox"/> Application pending/Called GMC with patient to check application status</p>																									

Do you have a medical and dental provider?

Yes Medical Provider Name: \_\_\_\_\_

No Medical Provider

Yes Dental Provider Name: \_\_\_\_\_

No Dental Provider

Are you interested receiving information about any of the following community services?

Medical

Dental

Counseling

Food Shelf

Housing

Would you like us to connect you with services today?  Yes  No

## 6. Signature

By signing below I give permission to the Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHCB) to share this document and any attachments thereto with University of Vermont Medical Center (UVMCC) for the purposes of enrollment in its sliding fee schedule. I understand this sharing of information may decrease any out-of-pocket cost to me for services ordered at CHCB but performed at UVMCC (e.g. laboratory testing). I also understand that I may revoke this permission if CHCB has not yet acted in reliance on it by writing 'do not share with UVMCC next to my signature and that signing this document is not a condition of receiving treatment at CHCB or UVMCC.

**To the best of my knowledge, the above information is true and correct. I agree to inform the Center of any changes in my employment, financial status or housing. If the above information proves to be incorrect, I understand that the discount provided to me will be terminated. (I also give permission for the Health Center staff to contact my employer or any other source to verify income.)**

**It is expected that all patients will be forthright and honest about their medical coverage and financial information. Intentional omission or falsification of identity, financial, or demographic information is fraud and may result in dismissal from the practice for up to one year. In the event of falsification, the patient will be responsible for the full payment of services.**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Applicant**

\_\_\_\_\_  
**Date**

FOR CENTER USE ONLY

Auth. Initials \_\_\_\_\_ Slide Level \_\_\_\_\_ Approval/Denial Date \_\_\_\_\_ Renewal Date \_\_\_\_\_

*Revised 12.6.17 CRD*

Nepali

<b>1. आवेदक</b> नाम (थर) _____ (पहिलो) _____ (मध्य) _____ स्ट्रिटको ठेगाना _____ नगर _____ प्रान्त _____ जिल्ला _____ फोन नंबर _____ जन्म मिति _____ SS# _____ अविवाहित _____ विवाहित _____ सम्बन्ध विच्छेद _____ छुटानाम _____ बिधुर/बिधवा _____																									
<b>2. परिवारका सदस्यहरू (श्रीमान/श्रीमती/आश्रित बालबालिका/नातेदार)</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%; text-align: center;">नाम</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">नाता</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">जन्म मिति</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">सामाजिक सुरक्षा #</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		नाम	नाता	जन्म मिति	सामाजिक सुरक्षा #	1. _____	_____	_____	_____	2. _____	_____	_____	_____	3. _____	_____	_____	_____	4. _____	_____	_____	_____	5. _____	_____	_____	_____
नाम	नाता	जन्म मिति	सामाजिक सुरक्षा #																						
1. _____	_____	_____	_____																						
2. _____	_____	_____	_____																						
3. _____	_____	_____	_____																						
4. _____	_____	_____	_____																						
5. _____	_____	_____	_____																						
<b>3. तपाईं कलेज/विश्वविद्यालयका विद्यार्थी हुनुहुन्छ ?</b> <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन तपाईं आफूलाई अरु कसैको कर दाखिलामा आश्रित भएको दाबी गर्न सक्नुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन (यदि हो भने, अतिरिक्त आय प्रमाणीकरण आवश्यक पर्दछ) तपाईं अमेरिकामा विद्यार्थी, पर्यटक वा सरकारी प्रतिनिधि मण्डलका सदस्य लगायत गैर-आप्रवासी भिसामा हुनुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन के तपाईं बेघर हुनुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन यदि हुनुहुन्छ भने, कृपया व्याख्या गर्नुहोस् : _____ तपाईं कहाँ बसोबास गरिरहनुभएको छ ? _____ तपाईं कति समयको लागि बसोबास गरिरहनुभएको छ ? _____ के तपाईं हाम्रो समुदायमा उपलब्ध बेघर सेवाको बारेमा सचेत हुनुहुन्छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन																									
<b>4. कुल पारिवारिक आय</b> (तपाईंको कर दाखिला अन्तर्गत जो कोही) <b>परिवारका कुल सदस्य संख्या</b> खण्ड 1 & 2 बाट _____ कुल वार्षिक आय \$ _____	<b>आय गणना</b> ज्याला/तलब \$ _____ प्रति _____ = \$ _____ स्व-रोजगार \$ _____ प्रति _____ = \$ _____ अनुपार्जित \$ _____ प्रति _____ = \$ _____ (प्रकार उल्लेख गर्नुहोस्) _____																								
<b>5. बीमा</b> तपाईं वा तपाईंको श्रीमान/श्रीमतीको दन्त बीमा कभरेज छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन कम्पनी _____ तपाईं वा तपाईंको श्रीमान/श्रीमतीको स्वास्थ्य बीमा सुविधा छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन कम्पनी _____ यदि छ भने, के यो वर्मोन्ट हेल्थ कनेक्ट पोलिसी हो ? <input type="checkbox"/> बीमित - बीमा प्रदायक <input type="checkbox"/> बीमाहीन <input type="checkbox"/> प्रान्तीय बीमा आवेदन भएको (ग्रिन माउन्टेन केयर) <input type="checkbox"/> आवेदन विचाराधीन/बिरामी सहित GMC लाई फोन गरेर आवेदनको अवस्था बुझ्नेको																									

तपाईंको मेडिकल तथा दन्त सेवा प्रदायक छ ?

छ मेडिकल सेवा प्रदायक नाम : \_\_\_\_\_

मेडिकल सेवा प्रदायक छैन

छ दन्त सेवा प्रदायक नाम : \_\_\_\_\_

दन्त सेवा प्रदायक छैन

तपाईं निम्न मध्ये कुनैको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ ?

मेडिकल

दन्त

परामर्श

फूड सेल्फ (खाद्य भण्डार)

आवास

तपाईं हामीले सेवाहरूसँग सम्बन्ध जोडिदिन चाहनुहुन्छ ?  हो  होइन

## 6. हस्ताक्षर

यसमा हस्ताक्षर गरेर म बर्लिङ्टन सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, इड्क. (CHCB) लाई यसको स्लाइडिङ फि योजनामा समावेश गराउने प्रयोजनको लागि यो दस्तावेज र यसैसाथ नत्थी गरिएका कुनै पनि दस्तावेज वर्मोन्ट विश्वविद्यालय स्वास्थ्य केन्द्र (UVMCC) लाई प्रदान गर्ने अनुमति प्रदान गर्दछु। यो सूचना आदानप्रदान गर्नाले CHCB मा आदेश दिइएका तर UVMCC मा प्रदान गरिएका (उदाहरणको लागि, प्रयोगशाला परीक्षण) सेवाहरूको लागि मैले आफ्नो खल्तीबाट तिर्नुपर्ने खर्डमा कटौती हुनसक्ने कुरा म बुझ्दछु। म के पनि बुझ्छु भने यदि CHCB ले यसको भरमा कार्य गर्ने भने 'मेरो हस्ताक्षरको छेउमा UVMCC लाई प्रदान नगर्ने र यो दस्तावेज हस्ताक्षर गर्नु लेखेर CHCB वा UVMCC मा उपचार प्राप्त गर्नको लागि सर्त होइन' लेखेर यो अनुमति फिर्ता लिन सक्नेछु।

मैले थाहा पाए अनुसार, माथिको सूचना सत्य र सही छ। म आफ्नो रोजगारी, वित्तीय अवस्था वा आवासमा कुनै परिवर्तन आएमा केन्द्रलाई सूचित गर्न म सहमत छु। यदि माथिको सूचना गलत भएको प्रमाणित भएमा, मलाई उपलब्ध हुने छुट बन्द हुने कुरा मैले बुझेको छु। (म मेरो आय प्रमाणीकरण गर्नको लागि मेरा रोजगारदाता वा अन्य कुनै स्रोतहरूसँग सम्पर्क गर्न स्वास्थ्य केन्द्रका कर्मचारीलाई पनि अनुमति प्रदान गर्दछु।)

सबै बिरामीहरू उनीहरूको मेडिकल कभरेज र वित्तीय विवरणको बारेमा स्पष्ट र इमान्दार हुनेछन् भन्ने अपेक्षा गरिन्छ। जानाजान पहिचान, वित्तीय, वा जनसांख्यिक विवरण लुकाउनु वा झुटो बताउनु धोखा हो र अधिकतम एक वर्षसम्मको लागि निष्काशन गर्न सकिनेछ। झुटो विवरण दिइएको पाइएमा, बिरामीले नै सेवा वापत पूरा शुल्क तिर्नुपर्ने छ।

आवेदकको हस्ताक्षर

मिति

केन्द्रको प्रयोजनको लागि मात्र

आधिकारिक संक्षिप्त नाम \_\_\_\_\_ स्लाइड (छुट) तह \_\_\_\_\_ स्वीकृत/अस्वीकृत मिति \_\_\_\_\_ नवीकरण मिति \_\_\_\_\_

संशोधित 12.6.17 CRD