

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ "NA" ਲਿਖੋ। ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ*।

ਸਕੀਨਿੰਗ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਦੁਬਾਸੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ:

ਕੀ ਰੋਗੀ ਨੇ Medicaid ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਰੋਗੀ ਰਾਜ ਜਨਤਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ TANF, ਬੇਸਿਕ ਫੂਡ ਜਾਂ WIC? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਰੋਗੀ ਇਸ ਵੇਲੇ ਬੇਘਰਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਰੋਗੀ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲੋੜ ਕਿਸੇ ਕਾਰ ਦੁਰਘਟਨਾ ਜਾਂ ਕਾਰਜ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਲੱਗੀ ਸੱਟ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ

- ਅਸੀਂ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਵੋਗੇ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।
- ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਭੇਜਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।
- ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਅਦ 14 ਕਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਰੋਗੀ ਅਤੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ		ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ
<input type="checkbox"/> ਮਰਦ <input type="checkbox"/> ਔਰਤ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਵੇਰਵਾ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ _____)	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ		ਖਾਤਾ #
ਬਿਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ # (ਚੋਣਵਾਂ)
ਡਾਕ ਪਤਾ			ਮੁੱਖ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ () _____ () _____ ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ:
ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	
ਬਿਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਥਿਤੀ			
<input type="checkbox"/> ਨੌਕਰੀ (ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ ਲੱਗਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____) <input type="checkbox"/> ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ (ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ: _____)			
<input type="checkbox"/> ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ <input type="checkbox"/> ਵਿਦਿਆਰਥੀ <input type="checkbox"/> ਅਸਮਰਥ <input type="checkbox"/> ਰਿਟਾਇਰ ਹੋ ਗਏ <input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ ()			

ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿਓ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਤ। "ਪਰਿਵਾਰ" ਵਿੱਚ ਜਨਮ, ਵਿਆਹ ਜਾਂ ਗੇਟ ਲੈਣ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਉਹ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।
ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ _____ ਜੋ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਜੋੜੋ

ਨਾਮ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਜੇਕਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਹੈ: ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ(ਵਾਂ) ਦਾ ਨਾਮ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਰੋਤ	ਜੇਕਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਹੈ: ਕੁੱਲ ਸਮੁੱਚੀ ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ (ਟੈਕਸਾਂ ਸਮੇਤ):	ਕੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ?
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਸਹੂਲਤ 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ਮਲਟੀਕੇਅਰ ਪਿਊਗਟ ਸਾਉਂਡ ਹਸਪਤਾਲ | <input type="checkbox"/> ਮਲਟੀਕੇਅਰ ਇਨਲੈਂਡ ਨੋਰਥਵੈਸਟ ਹਸਪਤਾਲ | <input type="checkbox"/> ਵੁੱਡਕ੍ਰੀਕ ਪੀਡੀਆਟ੍ਰਿਕਸ |
| <input type="checkbox"/> ਮਲਟੀਕੇਅਰ ਪਿਊਗਟ ਸਾਉਂਡ ਕਲੀਨਿਕਸ | <input type="checkbox"/> ਮਲਟੀਕੇਅਰ ਰੌਕਵੁੱਡ ਕਲੀਨਿਕਸ | <input type="checkbox"/> ABC ਕਲੀਨਿਕਸ |
| | | <input type="checkbox"/> ਓਲੰਪਿਕ ਸਪੋਰਟਸ ਐਂਡ ਸਪਾਈਨ |

* 1 ਮਾਰਚ 2018 ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵੀ, ਮਲਟੀਕੇਅਰ ਇਮੀਜਿਏਟ ਕਲੀਨਿਕਸ, ਮਲਟੀਕੇਅਰ ਇਨਡੀਗੋ ਅਰਜੰਟ ਕੇਅਰ ਅਤੇ ਮਲਟੀਕੇਅਰ ਅਰਜੰਟ ਕੇਅਰ ਕਲੀਨਿਕ ਦੋਰਿਆਂ ਨੂੰ ਮਲਟੀਕੇਅਰ ਦੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ - ਗੁਪਤ (ਜਾਰੀ)

ਆਮਦਨ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਯਾਦ ਰੱਖੋ: ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਬੂਤ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ:

- ਉਜਰਤਾਂ - ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ - ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ - ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ - ਅਸਮਰਥਤਾ - SSI - ਬੱਚਾ/ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ
- ਵਰਕ ਸਟੈਂਡੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਵਿਦਿਆਰਥੀ) - ਪੈਨਸ਼ਨ - ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਖਾਤਾ ਵੰਡਾਂ - ਕੋਈ ਹੋਰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੋ _____)

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਮਦਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ।

18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਜਾਹਰ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਲਿਖਤੀ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤਾ ਬਿਆਨ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਮਦਨ ਦੇ ਹਰੇਕ ਪਛਾਣੇ ਗਏ ਸਰੋਤ ਲਈ ਸਬੂਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।

ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਦੇ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਇੱਕ "W-2" ਵਿਦਰੋਲਡਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ; ਜਾਂ
- ਵਰਤਮਾਨ ਤਨਖਾਹ ਦੀਆਂ ਨਕਲਾਂ (3 ਮਹੀਨੇ); ਜਾਂ
- ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਆਮਦਨ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ, ਸਮਾਂ ਸੂਚੀਆਂ ਸਮੇਤ, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਣ; ਜਾਂ
- ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰਾਂ ਦੇ ਲਿਖਤ, ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਬਿਆਨ; ਜਾਂ
- ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ/ਨਾਮਨਜ਼ੂਰੀ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਮਦਨ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਆਮਦਨ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਨ ਨਾਲ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਪੰਨਾ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਪੰਨਾ ਨੱਥੀ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਰਥਿਕ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਜਿਵੇਂ ਆਰਥਿਕ ਤੰਗੀ, ਮੈਸਮੀ ਜਾਂ ਅਸਥਾਈ ਆਮਦਨ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਘਾਟਾ।

ਰੋਗੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮਲਟੀਕੋਅਰ ਹੈਲਥ ਸਿਸਟਮ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਹੋਰਾਂ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗਲਤ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਤੀਜਾ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰੀ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਮੈਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਤੋਂ ਉਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਆਸ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ।

ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਮਿਤੀ