

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ

ਸੇਵਾ ਮਿਤੀ: _____

ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ: _____

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਪਤਾ: _____

ਸ਼ਹਿਰ: _____ ਰਾਜ: _____ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ: _____

ਫੋਨ: _____ ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ: _____

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ ਕਿ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬੀਮਾ ਰਹਿਤ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਾਡੇ ਬੀਮਾ ਯੋਗਤਾ ਵਿਕਰੇਤਾ ਦੇ ਨਾਲ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

(ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚਿਆਂ, ਉਹਨਾਂ ਦੀਆਂ ਜਨਮ ਮਿਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ)

ਨਾਮ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਜਨਮ-ਮਿਤੀ	ਸੇਵਾ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ	ਸੇਵਾ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ	ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਰੋਤ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ (ਦੱਸੋ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਲਜ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੋ)
	ਸਵੈ				

1. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਿਰੇ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕੌਣ ਕਰਦਾ ਹੈ? _____
2. ਆਪਣੀ ਮੁਲਾਕਾਤ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਸੀ? _____
3. ਕੀ ਤੁਸੀਂ MEDICAID ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਾਊਂਟੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤਾ ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ (ਮਿਤੀ/ਰਾਜ _____)
4. ਕੀ ਸੇਵਾ ਮਿਤੀ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ (ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਕਾਰਡ ਦੀ ਕਾਪੀ ਦਿਓ)
5. ਕੀ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਆਟੋ-ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ (ਬੀਮਾ ਨਾਮ/ਦਾਅਵਾ# _____)
6. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਚੈਕਿੰਗ ਜਾਂ ਬੱਚਤ ਖਾਤਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ (ਮੁੱਲ _____)
7. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸੰਪਤੀ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ (ਕਿਸਮ/ਮੁੱਲ _____)
8. ਕੀ ਘਰ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਰਾਏ 'ਤੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ? ਆਪਣਾ ਕਿਰਾਇਆ ਹੋਰ (_____)

ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਆਮਦਨੀ ਸੰਪਤੀਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਇਹ ਚੀਜ਼ਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ:

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਆਈਟਮਾਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ਰੁਜ਼ਗਾਰ = 3 ਜਾਂ 12 ਮਹੀਨੇ ਆਮਦਨੀ | <input type="checkbox"/> ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ = ਸਿਡਿਉਲ C ਸਮੇਤ ਟੈਕਸ ਫਾਰਮ ਭਰੋ |
| <input type="checkbox"/> ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ = ਲਾਭ ਪੱਤਰ | <input type="checkbox"/> ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ = ਅਦਾਲਤੀ ਆਦੇਸ਼ ਵਾਲਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ |
| <input type="checkbox"/> ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ = ਲਾਭ ਪੱਤਰ | <input type="checkbox"/> ਹੋਰ = ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਲਾਭਅੰਸ਼, ਵਿਆਜ, ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਬੂਤ |
| <input type="checkbox"/> ਪੈਨਸ਼ਨ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥਤਾ = ਲਾਭ ਪੱਤਰ | <input type="checkbox"/> ਚੈਕਿੰਗ / ਬੱਚਤ = ਹਰ ਖਾਤੇ ਲਈ ਮੌਜੂਦਾ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ |

ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ: ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਜਵਾਬ ਸਹੀ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਅਗਲੀ ਸਮੀਖਿਆ ਤੋਂ ਪਤਾ ਚੱਲਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਤਾਂ ਗਲਤ ਸੀ ਜਾਂ ਝੂਠੀ ਸੀ, ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਵਾਪਸ ਲਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਧਿਰ ਨੂੰ ਬਿੱਲ ਭਰਨਾ ਪਵੇਗਾ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਮੇਰੇ ਹਸਪਤਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵੱਲੋਂ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਏਜੰਸੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਾਜ-ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਵੱਲੋਂ ਸਮੀਖਿਆ ਅਧੀਨ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____ ਰਿਸ਼ਤਾ _____ ਮਿਤੀ: _____
(ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਹੀਂ)

ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭਰੀ ਹੋਈ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਭੇਜੋ:

Mercy Health Public Benefits Dept
PO Box 631774
Cincinnati, OH 45263-1360