

ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ/ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਨਿਰਦੇਸ਼

ਇਹ Overlake Hospital Medical Center (OHMC) ਅਤੇ/ਜਾਂ Overlake Medical Clinics, LLC (OMC) ਵਿਖੇ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ (ਇਸਨੂੰ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਲਈ ਇੱਕ ਅਰਜ਼ੀ ਹੈ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ (Washington State) ਦੀ ਸ਼ਰਤ ਹੈ ਕਿ ਸਾਰੇ ਹਸਪਤਾਲ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ, ਜੋ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਆਮਦਨ ਸ਼ਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਮੁਫਤ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਘਟੇ-ਮੁੱਲ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਵੀ ਹੋਵੇ। *ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਪਾਲਸੀ* www.overlakehospital.org/financialpolicies ਤੇ ਦੇਖੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ? ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੀ ਪਾਤਰਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ OHMC ਅਤੇ/ਜਾਂ OMC ਵੱਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਢੁਕਵੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਸਾਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਖਰਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ, ਹੋਰਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਵੱਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਮੇਤ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 425-635-6239 ਤੇ ਸਾਡੇ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ (Financial Assistance Coordinator) ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸਮੇਤ।

ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਹ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ:

- **ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ**
ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਭਰੋ (ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਜਨਮ, ਵਿਆਹ ਜਾਂ ਗੋਦ ਲੈਣ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜੋ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ)
- **ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਮੁੱਚੀ ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ (ਟੈਕਸਾਂ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਨੂੰ ਕੱਟਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ) ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ**
- **ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ**
- **ਲੋੜ ਪੈਣ ਤੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ**
- **ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਲਿਖੋ**

ਨੋਟ: ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਜਲਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ। ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਸਾਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੜਤਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ “ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ” ਜਾਂ “NA” ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

ਭਰੀ ਹੋਈ ਅਰਜ਼ੀ ਸਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਪਤੇ ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ ਜਾਂ ਫੋਕਸ ਕਰੋ:

Overlake Hospital Medical Center
 1035 116th Ave NE
 Bellevue, WA 98004-9971
 ਧਿਆਨਦਿੱਤ: ਰੋਗੀ ਆਰਥਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ

ਤੁਸੀਂ ਨੱਥੀ ਕੀਤਾ ਵਾਪਸੀ ਲਿਫ਼ਾਫ਼ਾ ਵਰਤ ਸਕਦੇ ਹੋ।
 ਖੁਦ ਲਈ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਜ਼ਰੂਰ ਰੱਖੋ।

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ, ਆਮਦਨ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਸਮੇਤ, ਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ 14 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪਾਤਰਤਾ ਦੇ ਆਖਰੀ ਫ਼ੈਸਲੇ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਹੱਕਾਂ, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਣ, ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗੇ।

ਇੱਕ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਪੇਸ਼ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਰਥਿਕ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

ਅਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਤੁਰੰਤ ਪੇਸ਼ ਕਰੋ!
ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ/ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ - ਗੁਪਤ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ "NA" ਲਿਖੋ। ਲੋੜ ਪੈਣ ਤੇ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਸਕੀਨਿੰਗ ਜਾਣਕਾਰੀ	
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦੱਸੋ:	
ਕੀ ਰੋਗੀ ਨੇ Medicaid ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ	
ਕੀ ਰੋਗੀ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਬੇਘਰਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਕੀ ਰੋਗੀ ਦੀ ਚਿਕਿਤਸਾ ਸੰਬੰਧੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲੋੜ ਕਿਸੇ ਕਾਰ ਦੁਰਘਟਨਾ ਜਾਂ ਕਾਰਜਸਥਾਨ ਦੀ ਸੱਟ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ	
<ul style="list-style-type: none"> ਅਸੀਂ ਇਹ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਵੋਗੇ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੋਵੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ 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 ਭਰੀ ਹੋਈ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ 14 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। 	

ਰੋਗੀ ਅਤੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ		
ਰੋਗੀ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਰੋਗੀ ਦਾ ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ	ਰੋਗੀ ਦਾ ਕੁੱਲ ਨਾਮ
<input type="checkbox"/> ਪੁਰਸ਼ <input type="checkbox"/> ਇਸਤਰੀ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਵੇਰਵੇ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ _____)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਵਿਕਲਪਿਕ*)

			* ਵਿਕਲਿਪਕ, ਪਰ ਸਟੇਟ ਦੀਆਂ ਉਪਰੋਕਤ ਕਨੂੰਨੀ ਸ਼ਰਤਾਂ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵੱਧ ਦਾਨਸ਼ੀਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ [???
ਬਿਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ	ਰੋਗੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਸੋਸਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ(ਵਿਕਲਿਪਕ*) * ਵਿਕਲਿਪਕ, ਪਰ ਸਟੇਟ ਦੀਆਂ ਉਪਰੋਕਤ ਕਨੂੰਨੀ ਸ਼ਰਤਾਂ ਤੋਂ ਉੱਪਰ ਵੱਧ ਦਾਨਸ਼ੀਲ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ[???
ਡਾਕ ਪਤਾ _____			ਮੁੱਖ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ () _____ () _____
ਸ਼ਹਿਰ ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਈਮੇਲ ਪਤਾ: _____	
ਬਿਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਥਿਤੀ			
<input type="checkbox"/> ਨਿਯੁਕਤ (ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਲੱਗਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____) <input type="checkbox"/> ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ (ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ: _____) <input type="checkbox"/> ਖੁਦ ਦਾ ਕੰਮ <input type="checkbox"/> ਵਿਦਿਆਰਥੀ <input type="checkbox"/> ਅਪਾਹਜ <input type="checkbox"/> ਰਿਟਾਇਰ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (_____)			

ਪਰਿਵਾਰ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਤ। "ਪਰਿਵਾਰ" ਵਿੱਚ ਜਨਮ, ਵਿਆਹ ਜਾਂ ਗੇਟ ਲੈਣ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜੋ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ _____ ਲੋੜ ਪੈਣ ਤੇ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ

ਨਾਮ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਰੋਗੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਜੇਕਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਹੈ: ਮਾਲਕ(ਮਾਲਕਾਂ) ਦਾ ਨਾਮ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਰੋਤ	ਜੇਕਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਹੈ: ਕੁੱਲ ਸਮੁੱਚੀ ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ (ਟੈਕਸ ਕੱਟਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ):	ਕੀ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ?
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਬਾਲਗ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ ਦੱਸਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ:

- ਮਜ਼ਦੂਰੀਆਂ - ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ- ਖੁਦ ਦਾ ਕੰਮ - ਕਰਮਚਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ - ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ -SSI - ਬਾਲ/ਵਿਆਹ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਿਯੋਗ
-ਕੰਮ ਅਧਿਐਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਵਿਦਿਆਰਥੀ)- ਪੈਨਸ਼ਨ- ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਖਾਤਾ ਹਿੱਸੇ - ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਸਤਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸੋ _____)

ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ/ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ - ਗੁਪਤ

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। ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਮਦਨ ਜਾਂਚ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ।

18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਇੱਕ ਲਿਖਤ ਹਸਤਾਖਰ 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 (withholding statement); ਜਾਂ
- ਵਰਤਮਾਨ ਪੇ ਸਟਬ (3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ); ਜਾਂ
- ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ, ਸਮਾਂ ਸੂਚੀਆਂ ਸਮੇਤ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ; ਜਾਂ
- ਮਾਲਕਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖਤ, ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਬਿਆਨ; ਜਾਂ
- Medicaid ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਟੇਟ-ਵੱਲੋਂ ਫੰਡ ਕੀਤੀ ਚਿਕਿਤਸਾ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪਾਤਰਤਾ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ/ਨਾਮਨਜ਼ੂਰੀ; ਜਾਂ
- ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਲਈ ਪਾਤਰਤਾ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ/ਨਾਮਨਜ਼ੂਰੀ।

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

ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ

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

ਰੋਗੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਪਲਾਨਾਂ ਲਈ ਪਾਤਰਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਹੋਰਾਂ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੜਤਾਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਮੁਤਾਬਕ ਅਸਲੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗ਼ਲਤ ਪਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ ਅਤੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਮੇਰੀ ਹੋਵੇਗੀ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਤੋਂ ਇਹ ਆਸ ਰੱਖੀ ਜਾਏਗੀ।

ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਮਿਤੀ