ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ

ਸੇਵਾ ਮਿਤੀ: _____ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ: _____

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਪਤਾ: _____

ਸਿਟੀ: _____ ਰਾਜ: _____ ਜ਼ਿਪ: _____

ਫੋਨ: _____ ਵਿਵਾਹਿਕ ਸਥਿਤੀ: _____ SSN: _____

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 ਜ਼ੀਰੋ 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 ਹੋਈ ਕਾਉਂਟੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤਾ ਸੀ? ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਹਾਂ (ਮਿਤੀ/ਰਾਜ_____)
4. ਕੀ ਸੇਵਾ ਮਿਤੀ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਸੀ? ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਹਾਂ (ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ 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)

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

ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ: *ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਜਵਾਬ ਸਹੀ ਹਨ। ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ 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:_____**ਤਾਰੀਖ਼:** _____

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:_____**ਰਿਸ਼ਤਾ**_____**ਮਿਤੀ:**_____

ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭਰੀ ਹੋਈ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਭੇਜੋ:

Bon Secours Mercy Health Financial Aid, P.O. Box 631360
Cincinnati, OH 45263-1360

ਅੰਤਿਮ ਸਮੀਖਿਆ:

01/2022