

د مالي مرستې غوښتنلیک

د خدمت نیټه: _____ د حساب نمبر: _____

د ناروغ یا غوښتونکي نوم: _____

پته: _____

ښار: _____ ایالت: _____ زیږ: _____

تلیفون: _____ مدني حالت: _____ SSN: _____

د مالي مرستې ملاحظه کولو لپاره لاندې موارد باید مکمل شي. مهرباني وکړئ یادداشت کړئ چې بیمه نلرونکي ناروغان باید د مرستې ترلاسه کولو نه مخکې لومړی زموږ د بیمې په شرایطو برابری پلورونکي سره ګډون وکړي.

(همسر او د 18 کلونو نه کم عمر لرونکي وابسته ماشومان، چې په کورنۍ کې اوسېږي او د هغوی د زیږون نېټې ولیکئ)

نوم	د ناروغ سره اړیکه	د زیږون نیټه	مکمل ناخالص عاید په تیرو 3 میاشتو کې مخکې د خدمت نیټه	ټولټال ناخالص عاید په تیرو 12 میاشتو کې مخکې له د خدمت نیټه	د عاید سرچینه د کارګومارونکي نوم (که تاسې د پوهنتون یا کالج زده کونکي یې وې لیکئ)
	پخپله				

1. که تاسې مکمل صفر عاید راپور ورکړی وي، تاسې څنګه حمایت کړئ؟

2. ستاسې د راتګ په وخت کې تاسې په کوم ایالت کې اوسیدئ؟

3. آیا تاسې د میډیکید یا کوم نور محلی مرستې لپاره غوښتنه کړې ده؟ نه هو (نیټه/ایالت _____)

4. آیا تاسې د خدمت نیټه کې روغتیایي بیمه درلودله؟ نه هو (د دې غوښتنلیک سره د کارت کاپي مهیا کړئ)

5. آیا د خدمت نیټې د موټر پېښې یا ټکر سره تړاو درلود؟ نه هو (د بیمې نوم/غوښتنه نمبر _____)

6. آیا ستاسې کور کې کوم څوک د چیک یا سپما حساب لري؟ نه هو (ارزښت _____)

7. آیا ستاسې کور کې کوم څوک کومې نورې شتمنۍ لري؟ نه هو (نوع/ارزښت _____)

8. آیا تاسې کور لرئ یا په کرایه کړی مو دی؟ شخصي کور درلودل کرایه کول نور (_____)

د پورته لیکل شوي عاید شتمنیو لپاره تاسې باید د کورنۍ هر غړي لپاره لاندې موارد وړاندې کړئ:

(مهرباني وکړئ ترلاسه کړي موارد په نښه کړئ)

- ګمارول = د 3 یا 12 میاشتو عاید آزاد شغل = د مالیه مکمل فورې پشمول د مهالویش C
- ورګاري = د ګټې مکتوب د ماشوم حمایت او ملاتړ = د محکمې غوښتل شوي اسناد
- ټولنیز امنیت او مصوټیت = د ګټې مکتوب نور = د نور عاید ثبوت لکه د اسهامو سود، ټکټانه، د کراپي عاید
- تقاعد یا معیوبیت = د ګټې مکتوب چیک کول/سپما = د هر حساب لپاره د جاري 30 ورځو اظهارلیک

تصدیق: د دې سند په لاسلیک کولو سره، زه تاییدوم چې بلدي غوښتنلیک کې ورکړل شوي ځوابونه رښتیني دي. که چېرې د کوم فرد د مالي مرستې غوښتنلیک وروستی بیاکنه کې ښکاره شي چې د فرد لخوا ورکړل شوي معلومات یا غلط یا جعلي وو، د مالي مرستې پریکړه لغو کېدای شي او مسؤل اړخ ته به بیل ورکړل شي. زه پوهیږم چې هغه معلومات چې زه یې وسپارم زما د روغتون چمتو کونکي لخوا تصدیق کېږي، پشمول د کړیالیت راپور ورکولو ادارې، او د فدرال او/یا ایالتي ادارو او همدارنګه د اړتیا په صورت کې د نورو ادارو لخوا بیاکنه کېږي.

د ناروغ لاسلیک: _____ نیټه: _____

د غوښتونکي یا د استازي لاسلیک: _____ اړیکه: _____ نیټه: _____

(که ناروغ نه وي)

ډک کری غوښتنلیک او اسناد دې پټي ته ولېږئ:

Bon Secours Mercy Health مالي مرسته، پوست بکس 631360

Cincinnati, OH 45263-1360