



Saint Agnes Medical Center

ਸਾਡੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਫਾਇਨੈਂਸੀਅਲ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ) ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਦਿਲਚਸਪੀ ਦਿਖਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ/ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਜੀਅ ਨੇ ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਵਿਖੇ ਪਿਛਲੇ ਛੇ (6) ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਡੇ ਦਫਤਰ ਨਾਲ (559) 450-3145 ਜਾਂ (855) 224-5998 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੁਕੰਮਲ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਤੀਹ (30) ਦਿਨਾਂ ਅੰਦਰ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦਿਓ:

ਸਾਰੀਆਂ ਪੜਤਾਲਾਂ ਲਈ ਤਿੰਨ (3) ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀਆਂ ਮੁਕੰਮਲ ਮਦ-ਅਨੁਸਾਰ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ, ਬੱਚਤਾਂ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਿਵੇਸ਼ ਖਾਤੇ ਜੋ ਜਮਾਂ-ਰਾਸ਼ੀਆਂ ਅਤੇ ਕਢਵਾਈਆਂ ਰਕਮਾਂ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀਆਂ ਜਮਾਂ ਰਾਸ਼ੀਆਂ ਲਈ ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਨ ਦਿਓ। (ਲੇੜੀਂਦੇ)

ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਕਮਾਈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਬਗ਼ੈਰ ਕਮਾਈ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦਿਓ। (ਲੇੜੀਂਦੇ)

1. ਆਪਣੇ, ਵਿਆਹੁਤਾ-ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਤਿੰਨ (3) ਹਾਲੀਆ ਪੇਸ਼-ਸਟੱਬਜ਼ ਜੋ ਭੁਗਤਾਨ ਦਰ ਅਤੇ ਕੰਮ ਕੀਤੇ ਘੰਟਿਆਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਜਾਂ
2. ਆਪਣੇ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਾਥੀ ਲਈ ਮੌਜੂਦਾ, ਜਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲੀਆ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਦੀ ਰਿਟਰਨ ਜਾਂ
3. ਪਰਿਵਾਰ/ਦੇਸ਼ਾਂ ਤੋਂ ਯੋਗਦਾਨ ਵਾਲੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜੋ ਇਹ ਦਿਖਾਉਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕਿਵੇਂ ਨਿਰਬਾਹ ਖਰਚ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ ਅਤੇ
4. ਆਪਣੇ, ਵਿਆਹੁਤਾ-ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ, ਜਿਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅੱਗੇ ਦਿੱਤਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:
 - ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲੀਆ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰਤ ਹੋ ਤਾਂ ਨਫ਼ੇ/ਨੁਕਸਾਨ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ
 - ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲੀਆ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ
 - ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ ਬੈਨੀਫਿਟਾਂ ਬਾਰੇ ਸਟੇਟਮੈਂਟ
 - ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਵਾਰਡ ਪੱਤਰ
 - ਜਨਤਕ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਨਿਰਧਾਰਣ ਪੱਤਰ (ਮਿਸਾਲ ਲਈ, ਕੈਲਫਰਨੀਆ, ਮੈਡੀ-ਕਲ, ਆਦਿ)
 - ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਿਟੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਿਟੀ ਡਿਸੈਬਿਲਿਟੀ ਅਵਾਰਡ ਪੱਤਰ ਜਾਂ ਚੈੱਕ
 - ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸ੍ਰੋਤ ਤੋਂ ਲਾਭ-ਅੰਸ਼, ਵਿਆਜ, ਅਤੇ ਆਮਦਨ (ਮਿਸਾਲ ਲਈ ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਆਮਦਨ, ਨਿਰਬਾਹ-ਧੰਨ ਆਮਦਨ, ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਬੈਨੀਫਿਟ, ਆਦਿ)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਨ ਦਾ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਦਿਓ ਕਿ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕਿਉਂ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਨ।



Saint Agnes Medical Center

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤੇ ਮੁਤਾਬਕ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦਿਓ:

Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services – Financial Services
34375 W 12 Mile Rd
Farmington Hills, MI 48331

ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਵਾਪਸ ਕਰਨੇ ਹਨ: _____

ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਨਜ਼ਿੱਠਣ ਲਈ ਲਗਭਗ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਖੁੱਲ੍ਹ ਦਿਓ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨੰਬਰ ਉੱਤੇ ਸਾਡੇ ਦਫਤਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਹਿਤੁ,

ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਦੀ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ
(559) 450-3145 ਜਾਂ (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

ਗੈਰ-ਵਿਤਕਰੇ ਅਤੇ ਪਹੁੰਚਯੋਗਤਾ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਨੋਟਿਸ

ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ, ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਪਵਿੱਤਰਤਾ (ਧਾਰਮਿਕਤਾ) ਅਤੇ ਸਵੈ-ਮਾਣ ਦਾ ਆਦਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਫੈਡਰਲ ਸਿਵਲ ਰਾਈਟਸ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰੱਥਾ ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਪਰ ਜੋ ਇੱਥੋਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ: ਅਸਮਰੱਥ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ-ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰ ਸਕਣ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

- ਵੀਡੀਓ ਅਤੇ ਆਡੀਓ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸਿਸਟਮ ਨੈਟਵਰਕ ਜ਼ਰੀਏ ਯੋਗਤਾ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਸੰਕੇਤਕ ਭਾਸ਼ਾ ਅਤੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ
- ਦੂਜੇ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡਾ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ, ਪਹੁੰਚ ਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਅਤੇ ਹੋਰ ਫਾਰਮੈਟ।

ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਮੁਢਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

- ਯੋਗਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ
- ਹੋਰਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਸਾਨੂੰ 559) 450-3000 TTY (559) 450-3233 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।



Saint Agnes Medical Center

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰੱਥਾ ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਕੀਤਾ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ, ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ, ਫੈਕਸ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ, ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੋਖਮ ਪ੍ਰਬੰਧ

1303 E. Herndon Ave., Fresno, CA 93720

559-450-7475,

ਈਮੇਲ: Information@samc.com

ਤੁਸੀਂ ਯੂ.ਐਸ. ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਹਿਊਮਨ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ (ਅਮਰੀਕੀ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ), ਆਫਿਸ ਆਫ ਸਿਵਲ ਰਾਈਟਸ (ਸ਼ਹਿਰੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਸਬੰਧੀ ਦਫ਼ਤਰ) ਕੋਲ ਵੈਬ, ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਵੀ ਸ਼ਹਿਰੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਹਿਊਮਨ ਸਰਵਿਸਿਜ਼

200 Independence Avenue, SW, Room a509F,

HHH Building, Washington, DC 20201

ਵੈੱਬ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

ਫੋਨ 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.)번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हद बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पर कॉल करें। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Panjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. با تماس بگیرید

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: លើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាខ្មែរឥតគិតថ្លៃ គឺបានសំបុត្រអេស៊ី ចូរ ទូរស័ព្ទ ។ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

-ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فان خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1- هاتف الصم والبكم- 11: 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoan

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho‘opuka ‘oe i ka ‘ōlelo [ho‘okomo ‘ōlelo], loa‘a ke kōkua manuahi iā ‘oe. E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਗੁਪਤ ਅਰਜ਼ੀ

ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਡਾਕਟਰਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਵੱਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵੱਖਰਾ ਬਿਲ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉਹਨਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਅਧਿਕਾਰ ਉੱਤੇ ਹੈ ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੀਆਂ ਨੀਤੀਆਂ, ਕਾਰਜ-ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ, ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਵਿਨਿਯਮਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਸਬੰਧਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਪਵਿੱਤਰਤਾ (ਧਾਰਮਿਕਤਾ) ਅਤੇ ਸਵੈ-ਮਾਣ ਦਾ ਆਦਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਫੈਡਰਲ ਸਿਵਲ ਰਾਈਟਸ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰੱਥਾ ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਪਰ ਜੋ ਇੱਥੋਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਰੋਗੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ		
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਟੈਲੀਫੋਨ	ਮੈਸੇਜ ਫੋਨ	
ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ/ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ	ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ		
ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖਰਾ ਹੈ) ਜੋ ਤਰਜੀਹੀ ਹੈ ਤਾਂ ਈਮੇਲ			

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ (ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੋ), ਵਿਆਹੁਤਾ-ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ:

ਨਾਮ	ਐਸ.ਐਸ.ਐਨ.	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵਿਚਾਰੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ ਦੇ ਸਾਰੇ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤਾਰੀਖਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿਓ

ਰੋਗੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਖਾਤਾ #	ਸੇਵਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	ਡਾਕਟਰੀ ਬਕਾਇਆ

ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਥਿਤੀ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬੀਮੇ ਲਈ ਦਰਖਾਸਤ ਦਿੱਤੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	ਜੇ ਹਾਂ, ਨਾਮ/ID
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਜ਼ਰੀਏ ਦਰਖਾਸਤ ਦਿੱਤੀ ਸੀ:	<input type="checkbox"/> ਮੈਡੀਕੇਡ - ਸਟੇਟ <input type="checkbox"/> ਹੈਲਥ ਐਕਸਚੇਂਜ / Healthcare.gov <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਮਿਲੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਭਰਤੀ ਹੋਏ ਹੋ ਅਤੇ ਕਿਸਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	

ਵਿੱਤੀ ਸੰਪਤੀਆਂ

ਚੈਕਿੰਗ ਅਕਾਊਂਟ ਬੈਲੇਂਸ	ਬੈਂਕ:	\$
ਸੇਵਿੰਗ ਅਕਾਊਂਟ ਬੈਲੇਂਸ	ਬੈਂਕ:	\$

ਰੁਜ਼ਗਾਰ

ਰੁਜ਼ਗਾਰ 'ਤੇ ਰੱਖਿਆ ਵਿਅਕਤੀ	ਮਾਲਕ	ਕੁੱਲ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ	ਭੁਗਤਾਨ ਅਵਧੀਆਂ	ਸਲਾਨਾ ਕੁੱਲ
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

ਆਮਦਨ ਦੇ ਹੋਰ ਸਾਧਨ

	ਮਹੀਨੇਵਾਰ	ਸਲਾਨਾ
ਨਿਰਬਾਹ ਖਰਚ	\$	\$
ਜਨਤਕ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕਿਸਮ (ਮਿਸਾਲ ਲਈ ਨਗਦ, ਫੁਡ ਸਟੈਂਪਾਂ ਆਦਿ)	\$	\$
ਸੇਵਾ ਮੁਕਤੀ ਯੋਜਨਾ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ	\$	\$
ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਿਟੀ / ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਿਟੀ ਡਿਸੇਬਿਲਿਟੀ	\$	\$
ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ ਜਾਂ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਕੰਪ. (ਮੁਆਵਜ਼ਾ), ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ _____ (ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____ ਸਮਾਪਤੀ ਤਾਰੀਖ: _____ ਪ੍ਰਤੀ ਹਫ਼ਤੇ \$: _____)	\$	\$
ਹੋਰ ਆਮਦਨ (ਸਟੈਂਕ/ਬੱਡ/ਸਲਾਨਾ ਭੱਤਾ ਜਾਂ ਆਮਦਨ/ਵਿਆਜ/ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ)	\$	\$
ਹੋਰ ਆਮਦਨ (ਪਰਿਵਾਰ, ਦੇਸਤਾਂ, ਚਰਚ ਆਦਿ....ਤੋਂ)	\$	\$

ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਪਹਿਚਾਣ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ

ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਵਧੀਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੈਲੀਫੋਨ, ਯੂ.ਐਸ. ਡਾਕ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਸੂਚਿਤ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਮੈਂ ਇਹ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪੂਰਨ ਗਿਆਨ ਮੁਤਾਬਕ ਇਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਹੋਣ ਵੱਜੋਂ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਮੈਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਤੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਂ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਹ ਗੱਲ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਮਦਨ, ਖਰਚਿਆਂ, ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ, ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ, ਪੇ ਵਾਊਚਰਾਂ ਅਤੇ ਟੈਕਸ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ, ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ, ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਝੂਠੇ ਵਿਖਾਵੇ ਵੱਜੋਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਵਿਖੇ ਦਿੱਤੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ। ਮੈਂ ਇਹ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਸਿਰਫ ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਤੋਂ ਹੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਮੰਗ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ ਕੋਲੋਂ ਨਹੀਂ।

ਹਸਪਤਾਲ:

ਮਿਤੀ:

ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਾਥੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ)

ਮਿਤੀ: