

[ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਗੋਪਨੀਯ ਅਰਜ਼ੀ]

[ਟ੍ਰਿਨਿਟੀ ਹੈਲਥ ਦੇ ਸੁਵਿਧਾ ਕੇਂਦਰਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ]

ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਗੋਪਨੀਯ

ਧੰਨਵਾਦ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ [ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ](#) ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵਜੋਂ ਚੁਣਿਆ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ ਤੇ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਕੇਂਦਰ ਨਾਲ 800-494-5797 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 9:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5:00 ਵਜੇ (ET) ਤੱਕ।

ਸਤਿਕਾਰ ਸਹਿਤ,

ਟ੍ਰਿਨਿਟੀ ਹੈਲਥ ਐਂਟਰਪ੍ਰਾਈਜ਼ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਵਿੱਤੀ ਸੇਵਾਵਾਂ

[ਸੇਂਟ ਐਗਨਸ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ](#) ਦੀ ਤਰਫੋਂ

20555 ਵਿਕਟਰ ਪਾਰਕਵੇ

ਲਿਵੇਨੀਆ, MI 48152

[ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਸਣੇ 10 ਦਿਨਾਂ ਅੰਦਰ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ:]

[ਲਾਜ਼ਮੀ ਤਸਦੀਕਾਂ]

- [ਪਿਛਲੇ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਬੂਤ]
  - [ਪਿਛਲੇ ਦੋ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਸਾਰੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤਿਆਂ ਦੀਆਂ ਪੂਰੀਆਂ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ, ਸਭ ਪੰਨਿਆਂ ਸਮੇਤ (ਲਗਾਤਾਰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਰਕਮਾਂ ਲਈ ਵਿਆਖਿਆ)]
  - [ਤਾਜ਼ਾ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ (1040 ਫਾਰਮ ਨਾਲ Schedule C, E ਜਾਂ F) ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਨਵੇਂ ਅਤੇ ਨੁਕਸਾਨ ਦੇ ਬਿਆਨ (ਆਪਣੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਜਾਂ ਆਧੀਨ ਲਈ)]
- [ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ]
- [ਮੌਸਮੀ ਆਮਦਨ ਲਈ ਤਾਜ਼ਾ W2 ਫਾਰਮ]  [ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਭੱਤਾ/ ਇਨਕਾਰ ਪੱਤਰ]  [ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਆਮਦਨ/ ਅਲਿਮੇਨੀ]
  - [ਕੋਈ ਆਮਦਨ ਨਹੀਂ – ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਭਾਗ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ]

**ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

[ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ]		[ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ]	
[ਸੋਸ਼ਲ ਸੁਰੱਖਿਆ/ EIN ਨੰਬਰ (ਆਪਸ਼ਨਲ)]	[ਮੋਬਾਈਲ ਫੋਨ]	[ਹੋਰ ਫੋਨ]	
[ਪੋਸਟਲ ਪਤਾ]	[ਸ਼ਹਿਰ]	[ਰਾਜਿਆ]	[ZIP ਕੋਡ]
[ਈਮੇਲ ਪਤਾ]	[ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਰਾਜਿਆ ਦੇ ਨਿਵਾਸੀ ਹੋ?]		
[ਵਿਆਹੀ ਸਥਿਤੀ] <input type="checkbox"/> [ਅਕੇਲਾ] <input type="checkbox"/> [ਵਿਆਹਸ਼ੁਦਾ] <input type="checkbox"/> [ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ] <input type="checkbox"/> [ਹੋਰ] _____			
[ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦਰਜ ਕਰਦੇ ਹੋ?] <input type="checkbox"/> [ਹਾਂ] <input type="checkbox"/> [ਨਹੀਂ] ਨਹੀਂ, ਕਿਉਂ?		[ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਭਰਤਾ ਵਜੋਂ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ?] <input type="checkbox"/> [ਹਾਂ] <input type="checkbox"/> [ਨਹੀਂ]	
[ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਵਿੱਚ ਨਿਰਭਰਤਾ ਵਜੋਂ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ?] <input type="checkbox"/> [ਹਾਂ] <input type="checkbox"/> [ਨਹੀਂ]      [[ਬੀਮਾ ਕਾਰਡ ਦੀ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ]]			
[ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀ ਨਿਵਾਸੀ ਹੋ?] <input type="checkbox"/> [ਹਾਂ] <input type="checkbox"/> [ਨਹੀਂ] <input type="checkbox"/> [ਉੱਤਰ ਦੇਣਾ ਪਸੰਦ ਨਹੀਂ]			
[ਪਿਛਲੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ, ਘਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਤ]	[ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ]	[ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ]	ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ 'ਤੇ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)]

[ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਗੋਪਨੀਯ ਅਰਜ਼ੀ]

[ਵਿਨਿਟੀ ਹੈਲਥ ਦੇ ਸੁਵਿਧਾ ਕੇਂਦਰਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ]

<b>[ਘਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਆਮਦਨ ਦੀ ਤਸਦੀਕ]</b>					
[ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਰੋਤ]	[ਇਹ ਕੋਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ?]	[ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਟੈਕਸਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ)]	[ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਰੋਤ]	[ਇਹ ਕੋਣ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ?]	[ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਟੈਕਸਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ)]
[ਮਜ਼ਦੂਰੀ]			[ਕਰਮਚਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ]		
[ਸੋਸ਼ਲ ਸੁਰੱਖਿਆ/ਅਪੰਗਤਾ]			[ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ]		
[ਪੰਸ਼ਨ]			[ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ/ਅਲਿਮੇਨ]		
[ਆਪਣੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ]			[ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਜ਼ਮੀਨ ਦੀ ਆਮਦਨ]		
[ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ]			[ਹੋਰ]		
<b>ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਪੱਤਰ - ਇਹ ਸਿਰਫ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ</b>					
<p><input type="checkbox"/> ਮੈਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਜੀਵਨ ਖਰਚਾਂ ਲਈ 50% ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਪਰ ਮੈਂ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿਲਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹਾਂ।</p> <p><input type="checkbox"/> ਇਸ ਪੱਤਰ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਪੱਕਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਬਿਆਨ ਸਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਬਿਲਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਵਾਂਗਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੈਨੂੰ _____ (ਫੋਨ ਨੰਬਰ) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।</p>					
ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ				[ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ]	
[ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਦਸਤਖਤ]				[ਤਾਰੀਖ]	

ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਪਛਾਣ ਦੀ ਤਸਦੀਕ

[ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਗੋਪਨੀਯ ਅਰਜ਼ੀ]

[ਟ੍ਰਿਨਿਟੀ ਹੈਲਥ ਦੇ ਸੁਵਿਧਾ ਕੇਂਦਰਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ]

ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟਿਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਗਿਆਨ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਝੂਠੇ ਬੁਨਿਆਦਾਂ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਟ੍ਰਿਨਿਟੀ ਹੈਲਥ ਦੇ ਸਹਯੋਗੀਆਂ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਭੁਗਤਾਨੀ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ।

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਿਗਰਾਨ ਦੀ ਦਸਤਖਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ): \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ: \_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ, ਫੈਕਸ 312-871-3350 'ਤੇ ਭੇਜੋ ਅਤੇ/ਜਾਂ MyChart (ਮਰੀਜ਼ ਪੋਰਟਲ) ਰਾਹੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅੱਪਲੋਡ ਕਰੋ - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਕੇਂਦਰ ਨਾਲ 800-494-5797 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 9:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5:00 ਵਜੇ (ET) ਤੱਕ।