



ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ / ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ - ਗੁਪਤ।
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਭਰੋ। ਜੇ ਇਹ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ "NA" ਲਿਖੋ। ਜੇ ਲੋੜ ਪਵੇ ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਪੜਤਾਲੀਆ ਜਾਣਕਾਰੀ

- ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ:
- ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ Medicaid ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
- ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਰਾਜ ਜਨਤਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ TANF, ਬੇਸਿਕ ਭੋਜਨ, ਜਾਂ WIC? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
- ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਇਸ ਸਮੇਂ ਬੇਘਰ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
- ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਕਿਸੇ ਕਾਰ ਹਾਦਸੇ ਜਾਂ ਕੰਮ ਦੀ ਸੱਟ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ

- ਅਸੀਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਵੋਗੇ, ਚਾਹੇ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਵੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।
- ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਭੇਜਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਗੁੰਮ ਹੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪੁੱਛ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।
- ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ (ਮੁਫਤ ਸੰਭਾਲ) ਅਤੇ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਨਾਂ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੇਵਲ ਛੋਟ ਵਾਲੀ ਸੰਭਾਲ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਤਹਿਤ ਉਪਲਬਧ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਅਤੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ		ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ		ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ	
☐ ਪੁਰਸ਼ ☐ ਔਰਤ ☐ ਹੋਰ (ਦੱਸ ਸਕਦੇ ਹੋ)		ਜਨਮ ਮਿਤੀ	☐ ਸਿੰਗਲ ☐ ਵਿਵਾਹਿਤ ☐ ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ ☐ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੱਖ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ☐ ਵਿਧਵਾ ☐ ਰੰਡਾ		ਮਰੀਜ਼ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਟੀ ਨੰਬਰ (ਵਿਕਲਪਿਕ)
ਸਹੂਲਤ:	ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ	ਮੁਕਾਬਲਾ ਨੰਬਰ		ਤਰਜੀਹੀ ਸੰਪਰਕ ਵਿਧੀ: ☐ ਈਮੇਲ ☐ ਫੋਨ ☐ ਡਾਕ	
ਬਿੱਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ		ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਟੀ ਨੰਬਰ (ਵਿਕਲਪਿਕ)	
ਡਾਕ ਲਈ ਪਤਾ				ਮੁੱਖ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ () _____ () _____	
ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿੱਪ ਕੋਡ		ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ:	
ਬਿੱਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ☐ ਰੋਜ਼ਗਾਰਕ੍ਰਿਤ (ਰੱਖਣ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____) ☐ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ (ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ: _____) ☐ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ☐ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ☐ ਵਿਕਲਾਂਗ ☐ ਰਿਟਾਇਰਡ ☐ ਹੋਰ (ਜੇ ਹੋਰ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਰਣਨ ਕਰੋ): _____					

ਪਰਿਵਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚਲੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੋ।

ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਅਤੇ ਹਵਾਈ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ: ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪਰਿਭਾਸ਼ਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ: (i) 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਪਤੀ/ਪਤਨੀ, ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ, 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ, ਜਾਂ ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਮਰ ਦੇ ਅਪਾਹਜ ਹਨ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ, ਅਤੇ (ii) 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਜਾਂ 18 ਤੋਂ 20 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਇੱਕ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ ਲਈ, ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਦੇ ਮਾਪੇ, ਸੰਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋਰ ਬੱਚੇ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ ਦੇ ਅਪਾਹਜ ਹੈ।

ਉਰੇਗਨ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ: ਘਰੇਲੂ ਦਾ ਅਰਥ:

(A) ਇੱਕ ਇਕੱਲਾ ਵਿਅਕਤੀ; ਜਾਂ (B) ਪਤੀ-ਪਤਨੀ, ਘਰੇਲੂ ਭਾਈਵਾਲ, ਜਾਂ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਾਪੇ ਅਤੇ ਬੱਚਾ, ਇਕੱਠੇ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹਨ; ਅਤੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਇਕੱਲਾ ਵਿਅਕਤੀ, ਪਤੀ/ਪਤਨੀ, ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਮਾਪੇ ਵਿੱਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਨ।

ਪਰਿਵਾਰ/ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ _____

ਨਾਮ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਜੇ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹਨ: ਮਾਲਕ(ਮਾਲਕਾਂ) ਦਾ ਨਾਮ ਜਾਂ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਰੋਤ	ਜੇ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹਨ: ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨੀ (ਟੈਕਸਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ):	ਕੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਹੈ?
					ਹਾਂ/ ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ/ ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ/ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਲੋੜ ਪਵੇ ਤਾਂ ਵਧੀਕ ਪੰਨਾ ਨੰਬਰ ਕਰੋ।

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਬਾਲਗ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਉਦਾਹਰਣ:

- ਮਜ਼ਦੂਰੀ - ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ - ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ - ਕਾਮਿਆਂ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ - ਦਿਵਯਾਂਗਤਾ - ਐਂਸਐੱਸਆਈ
- ਬਾਲ/ਪਤੀ-ਪਤਨੀ ਸਹਾਇਤਾ - ਵਰਕ ਸਟੈਂਡੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਵਿਦਿਆਰਥੀ) - ਪੈਨਸ਼ਨ - ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦੇ ਖਾਤੇ ਦੇ ਵਿਤਰਣ
- ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਮਝਾਓ)

ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਯਾਦ ਰੱਖੋ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਇੱਕ ਲਿਖਤੀ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਬਿਆਨ ਸੌਂਪ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਫਾਇਨਾਂਸੀਆ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕਰਨ ਦੇ ਮਕਸਦਾਂ ਵਾਸਤੇ! ਸਹਾਇਤਾ, ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਹੋਣਗੇ:

- o ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਬਿੱਲ ਭੇਜੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਦੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਹਾਲੀਆ ਘਰੇਲੂ ਪੇ ਸਟੱਬਜ਼ਾਂ
- o ਮਰੀਜ਼ ਅਤੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਵਾਸਤੇ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ (ਫਾਰਮ 1040) ਦੀ ਕਾਪੀ ਜਿਸ ਸਾਲ ਤੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਬਿੱਲ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਜਦੋਂ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਬਿੱਲ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇੱਛਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਸਬੂਤ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਕਿਸਮਾਂ ਸੌਂਪ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਐਡਵੈਂਟਿਸਟ ਹੈਲਥ ਨੂੰ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਧੀਕ ਸਬੂਤ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਆਮਦਨੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਪੈਂਸਟੀਕਰਨ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਪੰਨਾ ਨੰਬਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੀ ਦੇਣਦਾਰੀ

ਕੀ ਕੋਈ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰੋ: _____

ਖਰਚੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵਿਕਲਪਿਕ)

ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿੱਤੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਵੱਧ ਸੰਪੂਰਨ ਤਸਵੀਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਖਰਚੇ:

ਕਿਰਾਇਆ / ਗਿਰਵੀਨਾਮਾ	\$ _____	ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ	\$ _____
ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ	\$ _____	ਸਹੂਲਤਾਂ	\$ _____
ਹੋਰ ਕਰਜ਼ੇ/ਖਰਚੇ	\$ _____	(ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ, ਕਰਜ਼ੇ, ਦਵਾਈਆਂ, ਹੋਰ)	

ਵਧੀਕ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵਿਕਲਪਿਕ)

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਵਧੀਕ ਪੰਨਾ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਤੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਸਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵਿੱਤੀ ਤੰਗੀ, ਹੱਦੋਂ ਵੱਧ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ, ਮੌਸਮੀ ਜਾਂ ਅਸਥਾਈ ਆਮਦਨ, ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਨੁਕਸਾਨ।

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਐਡਵੈਂਟਿਸਟ ਹੈਲਥ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉੱਪਰ ਦੱਸੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਸਰਵੋਤਮ ਗਿਆਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਵਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗਲਤ ਹੋਣ ਦਾ ਨਿਰਣਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿੱਟਾ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੈਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਵਾਸਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।

_____ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

_____ ਮਿਤੀ

ਕਿਵੇਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨਾ ਹੈ

ਸਵਾਲਾਂ ਵਾਸਤੇ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ (844-827-5047) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

ਭਰੋ ਹੋਏ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ:

Adventist Health,
Attn: Patient Access
726 4th Street, Marysville, CA 95901

ਜਾਂ

ਭਰੋ ਹੋਏ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ:

AHFinAsst@ah.org