

ਮਿਤੀ:

Washington Hospital
Patient Accounting Department
2000 Mowry Avenue
Fremont, CA 94538

ਸਤਿਕਾਰਯੋਗ _____ ਖਾਤਾ.# _____

Washington Hospital ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਮੈਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਖਾਤੇ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੈਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਵਿੱਚ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੈਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਭੇਜੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੋਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ।

- ਤੁਹਾਡੇ 2025 ਫੈਡਰਲ 1040 ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦੀ ਇੱਕ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਕਾਪੀ (W-2 ਫਾਰਮ ਸਮੇਤ)
- ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਤਨਖਾਹ ਸਟੇਬਲਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ
- ਡਰਾਈਵਰ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਪਾਸਪੋਰਟ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਪਛਾਣ ਦੀ ਕਾਪੀ
- ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨਾਲ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਵਾਲੇ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੀ ਵਾਪਸੀ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਉਪਰੋਕਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਲਿਖੋ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕਿਉਂ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ। ਉਚਿਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡਾ ਖਾਤਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਦੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਤੋਂ ਰੋਕ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅੰਤਮ ਨਿਰਧਾਰਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਜਾਂ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ 6-12 ਮਹੀਨੇ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਤਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਕੁਲੈਕਸ਼ਨ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਣਗੀਆਂ।

ਮੈਂ ਝੂਠੀ ਸਹੂ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਦੇ ਤਹਿਤ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਉੱਤਮ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। ਇਹ ਦਸਤਖਤ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਸਮੇਤ ਸਾਰੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਵਿੱਤੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸ਼ੁੱਧਤਾ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਾਈਡਿੰਗ ਹੋਣਗੇ।

ਦਸਤਖਤ: _____ ਮਿਤੀ: _____

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 510-818-8645 'ਤੇ ਮੈਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਸ਼ੁੱਭਚਿੰਤਕ,

Michelle Thomas
ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸਹਾਇਕ

H.A.: M.Cal ਲੰਬਿਤ ਮਿਤੀ	DOS:
ਬੈਲੈਂਸ: \$	NPC



ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇ ਲਾਗੂ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ N/A ਲਿਖੋ।

ਸਿਰਫ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

1. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ	2. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਨੰਬਰ
-----------------------	--------------------------------

ਸੈਕਸ਼ਨ I

3. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ		
4. ਜਨਮ ਮਿਤੀ	5. ਸ਼ੈਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਟੀ ਨੰਬਰ	
6. ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ/ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ		
ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿੱਪ ਕੋਡ
ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ	
7. ਡਰਾਇਵਰ ਲਾਇਸੈਂਸ ਨੰਬਰ		
8. a. ਕੀ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਜਾਂ AFDC ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ		
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ:		
ਜੇ ਹਾਂ, ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ:		
b. ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਲੰਬਿਤ ਹੈ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
c. ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
9. ਕੀ ਤੁਸੀਂ 21 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਛੋਟੇ ਹੋ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
10. ਕੀ ਤੁਸੀਂ 65 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਹੋ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
11. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨ ਅੰਨ੍ਹੇ ਹੋ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
12. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
13. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਅਯੋਗ ਹੋ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਮਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਤੋਂ ਅਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
14. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ 21 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਛੋਟਾ ਨਾਬਾਲਗ ਬੱਚਾ ਹੈ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
15. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੋ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
16. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ Medicare ਹੈ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
17. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
18. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਹੈ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
19. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਾਬਕਾ ਸੈਨਿਕ ਹੋ ਜਾਂ ਸਾਬਕਾ ਸੈਨਿਕ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਹੋ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
a. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ CHAMPUS ਹੈ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ
b. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ CHAMP/VA ਹੈ?		☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਸੈਕਸ਼ਨ II (ਸੰਪੱਤੀਆਂ/ਬਜਟ)

20. ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚਤ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਬਕਾਇਆ ਕਿੰਨਾ ਹੈ? \$			
21. ਤੁਹਾਡੇ ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਬਕਾਇਆ ਕਿੰਨਾ ਹੈ? \$			
22. ਹੋਰ ਸੰਪੱਤੀਆਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਖਾਲੀ ਛੱਡੋ)	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਮੁੱਲ
ਕਿਰਾਏ ਵਾਲੀ ਜਾਇਦਾਦ			\$
ਹੋਰ ਸੰਪੱਤੀਆਂ			\$
ਹੋਰ ਸੰਪੱਤੀਆਂ			\$
ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨੀ	ਰਕਮ	ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸ੍ਰੋਤ (ਨੌਕਰੀ, SSI, ਆਦਿ)	
23. ਸਵੈ	\$		
24. ਪਤੀ/ਪਤਨੀ	\$		
25. ਹੋਰ	\$		
ਹੋਰ	\$		
26. ਕੁੱਲ ਸਕਲ ਆਮਦਨੀ (ਟੈਕਸਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) \$			
27. ਜੇ ਕੋਈ ਆਮਦਨੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਦਾਗੁਜ਼ਾਰਾ ਕਿਵੇਂ ਕਰਦੇ ਹੋ?			
28. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਕੱਲੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ			
29. ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ			
ਘਰ	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ	ਸ਼ੈਲਟਰ	ਹੋਰ
30. ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦਿਆਂ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਇੰਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਉੱਤੇ ਕਿੰਨੀਆਂ ਛੂਟਾਂ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਦੇ ਹੋ?			

ਮੈਂ ਝੂਠੀ ਸਹੂ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਦੇ ਤਹਿਤ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਸਾਰ ਉੱਤਮ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਸ ਹਸਪਤਾਲ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਵਿੱਤੀ ਹਾਲਾਤਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ 'ਤੇ, ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ	ਮਿਤੀ
ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ	ਮਿਤੀ
ਇੰਟਰਵਿਊ ਲੈਣ ਵਾਲਾ	ਮਿਤੀ
ਟਿੱਪਣੀਆਂ	

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਕਿ ER ਫਿਜ਼ੀਸ਼ੀਅਨ, ਪੈਥੋਲੋਜਿਸਟ, ਰੇਡੀਓਲੋਜੀ, ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਦਾ ਬਿੱਲ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਣਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਸਿਰਫ ਸਹੂਲਤਾਂ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।

ਸਿਰਫ ਦਫਤਰੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

32. ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਨਿਰਧਨ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ