

ਨੋਟਿਸ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ

ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਜਾਂ ਛੂਟ ਭੁਗਤਾਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਕਿ ਕਿਹੜਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਮੰਗਣਾ ਹੈ, ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ ਬਿਜ਼ਨਸ ਆਫਿਸ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵੇਲੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਯੋਗਤਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਹੈ। ਮਾਲੀ ਸੰਪਤੀਆਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਗਿਣਿਆ ਜਾਂਦਾ। ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ, ਬਕਾਇਆ, ਨਿਵੇਸ਼, ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਖਾਤੇ, ਘਰ ਜਾਂ ਵਾਹਨ ਦੀ ਕੀਮਤ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੰਪਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾ ਦਿਓ।

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਰੂਪ, ਜਿਵੇਂ ਬਰੇਲ, ਵੱਡੀ ਛਪਾਈ, ਆਡੀਓ ਅਤੇ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ, (213) 314-1492 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਬਿਜ਼ਨਸ ਆਫਿਸ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਮੰਗਿਆ ਗਿਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਇੱਕ ਚੁਣੋ: [] ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ [] ਛੂਟ ਭੁਗਤਾਨ ਸਹਾਇਤਾ [] ਦੇਵੇਂ / ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਛੂਟ ਭੁਗਤਾਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਹੇਠ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੱਕੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ "ਦੇਵੇਂ / ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ" ਚੁਣੋ ਜਾਂ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ ਬਿਜ਼ਨਸ ਆਫਿਸ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਹਸਪਤਾਲ ਸਥਾਨ

ਇੱਕ ਚੁਣੋ: [] L.A. Downtown Medical Center [] West Covina Medical Center

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਆਈਟਮ	ਜਾਣਕਾਰੀ
ਸੇਵਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	_____
ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ	_____
ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ	_____
ਡਾਕ ਪਤਾ	_____
ਸ਼ਹਿਰ / ਰਾਜ / ZIP	_____
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ	_____
ਲਿੰਗ	[] ਪੁਰਸ਼ [] ਇਸਤਰੀ [] ਹੋਰ / ਜਵਾਬ ਨਾ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ
ਨਸਲੀ ਪਿਛੋਕੜ - ਵਿਕਲਪਿਕ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਨਹੀਂ ਜਾਂਦਾ	[] ਗੋਰਾ [] ਕਾਲਾ [] ਹਿਸਪੈਨਿਕ/ਲਾਤੀਨੀ [] ਮੂਲ ਅਮਰੀਕੀ/ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀ [] ਏਸ਼ੀਆਈ/ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ [] ਹੋਰ [] ਜਵਾਬ ਨਾ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਬੀਮਾ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ

ਸੰਭਾਵਿਤ ਤੀਜੇ ਪੱਖ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਸਰੋਤ: [] ਨਿੱਜੀ ਬੀਮਾ [] Medi-Cal [] Medicare [] ਖੁਦ ਭੁਗਤਾਨ [] ਹੋਰ [] ਕੋਈ ਨਹੀਂ
ਮੁੱਖ ਆਮਦਨ ਸਰੋਤ: [] ਨੌਕਰੀ [] ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ [] ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ [] ਅਪਾਹਜਤਾ [] ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ [] ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ/ਪੈਂਸ਼ਨ [] ਲੋਕ ਸਹਾਇਤਾ [] ਸਹਾਇਤਾ [] ਹੋਰ [] ਕੋਈ ਨਹੀਂ

ਹਸਪਤਾਲ ਵੱਲੋਂ ਛੂਟ ਭੁਗਤਾਨ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਮਰੀਜ਼ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿਓ।

ਨਾਮ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਉਮਰ	ਲਿੰਗ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ ਨੂੰ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਜਾਂ ਸਾਲਾਨਾ ਆਮਦਨ ਵਜੋਂ ਲਿਖੋ। ਜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ, ਆਮਦਨ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜੋੜ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਆਮਦਨ ਸਰੋਤ	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਰਕਮ	ਸਾਲਾਨਾ ਰਕਮ
ਤਨਖਾਹ - ਮਰੀਜ਼	\$	\$
ਤਨਖਾਹ - ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ / ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ	\$	\$
ਤਨਖਾਹ - ਹੋਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ	\$	\$
ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ / ਖੇਤੀ ਆਮਦਨ	\$	\$
ਲੋਕ ਸਹਾਇਤਾ / ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਉਰਿਟੀ / ਅਪਾਹਜਤਾ	\$	\$
ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ / ਵਰਕਰਜ ਮੁਆਵਜ਼ਾ / ਹੜਤਾਲ ਲਾਭ	\$	\$

ਆਮਦਨ ਸਰੋਤ	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਰਕਮ	ਸਾਲਾਨਾ ਰਕਮ
ਸਪਾਊਸ ਸਹਾਇਤਾ / ਬੱਚਾ ਸਹਾਇਤਾ / ਫੌਜੀ ਭੱਤਾ	\$	\$
ਪੈਂਸ਼ਨ / ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ	\$	\$
ਡਿਵਿਡੈਂਡ, ਵਿਆਜ, ਕਿਰਾਇਆ ਆਮਦਨ ਜਾਂ ਹੋਰ	\$	\$

ਆਮਦਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਤੁਸੀਂ ਹਾਲੀਆ ਪੇ-ਸਟਬ ਜਾਂ ਹਾਲੀਆ ਆਮਦਨ ਕਰ ਰਿਟਰਨ ਜੋੜ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਇਹ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ ਦਿਖਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹਾਲੀਆ ਪੇ-ਸਟਬ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਪਹਿਲੇ ਹਸਪਤਾਲ ਬਿੱਲ ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਬਾਅਦ, ਜਾਂ ਪ੍ਰੀ-ਸਰਵਿਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੋਂ 6 ਮਹੀਨੇ ਅੰਦਰ ਦੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਹਾਲੀਆ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਪਹਿਲੇ ਹਸਪਤਾਲ ਬਿੱਲ ਵਾਲੇ ਸਾਲ ਜਾਂ ਉਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸੰਪਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਨਹੀਂ ਅਤੇ ਵਰਤੀ ਨਹੀਂ ਜਾਵੇਗੀ।

ਸੇਵਾ ਅਤੇ ਖਾਤਾ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਸੇਵਾ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਸੇਵਾ ਇਕਾਈ	ਰਕਮ / ਵੇਰਵਾ	ਤਾਰੀਖ
ਹਸਪਤਾਲ ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ	ਇਨਪੇਸ਼ੈਂਟ ਦਿਨ	ਬਿੱਲ ਕੀਤੀ ਰਕਮ: \$ _____	
ਹਸਪਤਾਲ ਆਉਟਪੇਸ਼ੈਂਟ	ਆਉਟਪੇਸ਼ੈਂਟ ਦਿਨ	ਵਸੂਲਿਆ ਭੁਗਤਾਨ: \$ _____	
ਹੋਰ	ਹੋਰ ਤਬਦੀਲੀਆਂ / ਰਾਈਟ-ਆਫ਼:	ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ: \$ _____	

ਖਰਚੇ - ਵਿਕਲਪਿਕ

ਮੂਲ ਯੋਗਤਾ ਲਈ ਖਰਚਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਉੱਚ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਗਤ ਯੋਗਤਾ, ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਖਰਚਾ	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਰਕਮ	ਖਰਚਾ	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਰਕਮ
ਮੇਰਗੇਜ / ਕਿਰਾਇਆ	\$	ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ	\$
ਯੂਟਿਲਿਟੀ / ਟੈਲੀਫੋਨ	\$	ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ / ਹਸਪਤਾਲ / ਡਾਕਟਰ	\$
ਭੋਜਨ	\$	ਦਵਾਈਆਂ / ਆਟੋ ਲੇਨ / ਹੋਰ	\$

ਸੰਪਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਨਹੀਂ

ਮਾਲੀ ਸੰਪਤੀਆਂ, ਬੈਂਕ ਰੈਫਰੈਂਸ, ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ, ਖਾਤਾ ਬਕਾਇਆ, ਨਿਵੇਸ਼ ਬਕਾਇਆ, ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਬਕਾਇਆ, ਰੀਅਲ ਐਸਟੇਟ ਮੁੱਲ, ਵਾਹਨ ਮੁੱਲ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸੰਪਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿਚਾਰੀ ਨਹੀਂ ਜਾਵੇਗੀ।

ਆਮਦਨ ਗਣਨਾ - ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਅਰਜ਼ੀਦਾਰ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ

ਗਣਨਾ ਆਈਟਮ	ਰਕਮ ਜਾਂ ਮੁੱਲ
ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਗ੍ਰਾਸ ਆਮਦਨ	\$
ਘਟਾਓ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਟੌਤੀਆਂ, ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ	\$
ਸਮਾਯੋਜਿਤ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਨੈੱਟ ਆਮਦਨ	\$
ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ	
FPL ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ, ਜੇ ਗਿਣਿਆ ਗਿਆ	

ਅਰਜ਼ੀਦਾਰ ਦਾ ਬਿਆਨ

ਮੈਂ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਹੇਠ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਦਿੱਤੇ ਜਵਾਬ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੇ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹਨ। ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ, ਖਰਚਿਆਂ, ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਕਾਰ, ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਜਾਂ ਪਤੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਹੋਣ ਤੇ ਦਸ (10) ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਦੱਸਾਂਗਾ/ਗੀ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ ਗੁਪਤ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸੰਪਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਨਹੀਂ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਲਈ ਵਰਤੀ ਨਹੀਂ ਜਾਵੇਗੀ। ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹਾਦਸੇ ਜਾਂ ਚੋਟ ਕਾਰਨ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਿਲੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੱਦ ਤੱਕ ਉਸ ਹਾਦਸੇ ਜਾਂ ਚੋਟ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕਿਸੇ ਮੁਕੱਦਮੇ ਜਾਂ ਸਮਝੌਤੇ ਦੀ ਰਕਮ ਵਿੱਚੋਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।

ਅਰਜ਼ੀਦਾਰ / ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਸਤਖਤ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____

ਹਸਪਤਾਲ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਲਿਖਤੀ ਨਿਰਣੇ

ਹਸਪਤਾਲ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਨਿਰਣੇ ਦੇਵੇਗਾ।

ਆਈਟਮ	ਜਾਣਕਾਰੀ
ਫੈਸਲਾ	[] ਮਨਜ਼ੂਰ [] ਇਨਕਾਰ [] ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੋੜੀਂਦੀ
ਟਿੱਪਣੀਆਂ	_____
ਸਮੀਖਿਆਕਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ / ਤਾਰੀਖ	_____

ਸਿਰਫ਼ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

ਯੋਗਤਾ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਮਾਲੀ ਸੰਪਤੀਆਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੰਪਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾ ਕਰੋ। ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸਹਾਇਤਾ ਮੰਗਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਖਾਤੇ ਨੂੰ ਕਲੇਕਸ਼ਨ ਵੱਲ ਭੇਜਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਨੀਤੀ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ।

ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਸਵਾਲਾਂ ਜਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ, ਬਿਜ਼ਨਸ ਆਫਿਸ ਨਾਲ (213) 314-1492 ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਗਲਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਟੇਟ Hospital Bill Complaint Program ਕੋਲ HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov ਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।