ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਦੀਆਂ ਹਦਾਇਤਾਂ

ਇਹ PeaceHealth ਵਿਖੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ (ਜਿਸ ਨੂੰ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਲਈ ਇੱਕ ਅਰਜ਼ੀ ਹੈ।

PeaceHealth ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਰਾਜ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਲੋੜਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਆਮਦਨ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਲੋੜਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਘੱਟ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੋਵੇ। PeaceHealth ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖਣ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ peacehealth.org 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕੀ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ?
ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ PeaceHealth ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਢੁਕਵੀਆਂ ਹਸਪਤਾਲ-ਆਧਾਰਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਦੇ ਸਾਰੇ ਖਰਚੇ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 877202-3597 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥਤਾ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

- ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ
  ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਭਰੋ (ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਜੰਮੇ, ਵਿਆਹੇ, ਜਾਂ ਗੋਦ ਲਏ ਗਏ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ)
- ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ) ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।
- ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ
- ਜੇਕਰ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ
- ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਾਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲੇਗੀ। ਸਾਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ "ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ" ਜਾਂ "NA" 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

ਸਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਮੇਲ, ਈਮੇਲ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਕਰੋ: PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632। ਈਮੇਲ: financialassistance@peacehealth.org ਫੈਕਸ: (360) 729-3047। ਆਪਣੇ ਲਈ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਰੱਖਣਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ।

ਆਪਣੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਮ੍ਹਾ ਕਰਨ ਲਈ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ (877) 202-3597 'ਤੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਡ੍ਰਾਪ-ਆਫ ਸਥਾਨ ਲਈ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਮਦਨ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਸਮੇਤ, ਪੂਰੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ 14 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੇ ਅੰਤਮ ਨਿਰਧਾਰਨ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗੇ, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

ਅਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਤੁਰੰਤ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ! ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤੁਸੀਂ ਬਿਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

PeaceHealth

22-ADMIN-373800

PeaceHealth ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਬਾਰੇ ਅਰਜ਼ੀ ਫ਼ਾਰਮ - *ਗੁਪਤ*

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰ ਸੁਆਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ "NA" ਲਿਖੋ। ਜੇਕਰ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632 ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ

ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ❑ ਹਾਂ ❑ ਨਹੀਂ *ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ:* ______________________________

ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ Medicaid, TANF, Basic Food ਜਾਂ WIC ਵਰਗੀਆਂ ਸਰਕਾਰੀ ਪਬਲਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਿਲਦੀਆਂ ਹਨ? (ਵਿਕਲਪਿਕ) ❑ ਹਾਂ ❑ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਇਸ ਸਮੇਂ ਬੇਘਰ ਹੈ? ❑ ਹਾਂ ❑ ਨਹੀਂ ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ'ਕਾਰ ਦੇ ਹਾਦਸੇ ਜਾਂ ਕੰਮ 'ਤੇ ਲੱਗੀ ਸੱਟ-ਫੇਟ ਕਰਕੇ ਮੈਡੀਕਲ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ❑ ਹਾਂ ❑ ਨਹੀਂ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ

- *ਅਸੀਂ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਵੋਗੇ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।*
- *ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਭੇਜ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਮੰਗ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।*

ਮਰੀਜ਼ ਅਤੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਮੱਧ ਨਾਮ		ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ
❑ ਮਰਦ ❑ ਔਰਤ ❑ *ਹੋਰ ਦੱਸ ਸਕਦੇ ਹੋ:*	ਜਨਮ ਮਿਤੀ		ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (Social Security Number) (ਲੋੜ ਨਹੀਂ)
ਬਿੱਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	*ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।*
ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ			ਮੁੱਖ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ _____) ____________ _____) ____________
ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਈਮੇਲ ਪਤਾ:

ਬਿੱਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਥਿਤੀ

❑ **ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ** *ਭਰਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ:* ❑ **ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ** *ਕਿੰਨਾ ਸਮਾਂ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ ਰਹੇ:*

❑ **ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ** ❑ **ਵਿਦਿਆਰਥੀ** ❑ **ਅਪਾਹਜ** ❑ **ਸੇਵਾਮੁਕਤ** ❑ **ਹੋਰ:**

ਪਰਿਵਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਆਪਣੇ ਸਮੇਤ ਆਪਣੇ ਘਰ ਵਿਚਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਲਿਖੋ। "ਪਰਿਵਾਰ" **ਇਸ ਵਿੱਚ** ____________ ਜਨਮ, ਵਿਆਹ ਜਾਂ ਗੋਦ ਲੈਣ ਕਰਕੇ ਸਬੰਧਿਤ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ, ਜੋ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। **ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਅਕਾਰ**

ਜੇ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਕਾਗਜ਼ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਨਾਮ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ	ਜੇਕਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ: ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਜਾਂ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਰੋਤ	ਜੇਕਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋ: ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ):	ਕੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ?

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਬਾਲਗ਼ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਭਰੀ ਹੋਈ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸਬੂਤ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਆਮਦਨ ਦੇ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ:

❑ ਉਜਰਤਾਂ ❑ ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ ❑ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ❑ ਵਰਕਰਾਂ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ❑ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ❑ SSI ❑ ਬਾਲ/ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ

❑ ਕੰਮ-ਪੜ੍ਹਾਈ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਵਿਦਿਆਰਥੀ) ❑ ਪੈਨਸ਼ਨ ❑ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਖਾਤਾ ਵੰਡ ❑ ਹੋਰ *ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੋ:*

____

ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਵਿੱਤੀ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਜਾਣਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵਿੱਤੀ ਤੰਗੀ, ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ, ਮੌਸਮੀ ਜਾਂ ਅਸਥਾਈ ਆਮਦਨ, ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਨੁਕਸਾਨ।

ਮਰੀਜ਼ ਸਮਝੌਤਾ

- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ PeaceHealth ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਝੂਠੀ ਨਿਕਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਮੈਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਤੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।
- ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

______________________________ ______________

ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਮਿਤੀ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 877-202-3597 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥਤਾ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। PeaceHealth ਦੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖਣ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ peacehealth.org 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632 ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ