



ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ:

ਖਾਤਾ :

ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ।

ਵਿੱਤੀ ਤੰਗੀ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਇੱਕ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਦਿਲਚਸਪੀ ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਅਗਲੇ (15) ਪੰਦਰਾਂ ਕੰਮਕਾਜੀ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਾਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੇ ਨਾਲ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ:

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਬੂਤ:

1. ਤਿੰਨ (3) ਹਾਲੀਆ ਪੇਅ ਸਟੱਬ, W-2 ਜਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਜਾਂ
2. ਜੇਕਰ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ (ਸ਼ਡਿਊਲ ਸੀ ਸਮੇਤ) ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ ਜਾਂ
3. ਜੇਕਰ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ ਲਾਭ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਜਾਂ
4. ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ/ਪੈਨਸ਼ਨ ਸਟੇਟਮੈਂਟ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) ਜਾਂ
5. ਜੇਕਰ ਪਬਲਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਰਕਾਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗਤਾ/ ਮੌਜੂਦਾ ਨਾਮਾਂਕਣ ਦਾ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ: Medicare ਸੇਵਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Medicare Savings Program), ਕੈਲ ਵਰਕਸ (Cal WORKS), ਕੈਲ ਫਰੈਸ਼ (Cal Fresh) (ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ), SSI/SSP (ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨ/ਸਟੇਟ ਸਪਲੀਮੈਂਟਰੀ ਭੁਗਤਾਨ), ਜਾਂ WIC (ਔਰਤਾਂ, ਸ਼ਿਸ਼ੂ ਅਤੇ ਬੱਚੇ)

ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮਾ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਕਿ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ ਦਾ 10% ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਕੋਈ ਰਕਮ ਬਕਾਇਆ ਹੈ। ਸਾਰੇ ਮੌਜੂਦਾ ਬਕਾਏ, ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ/ਰਸੀਦਾਂ, ਫਾਰਮੇਸੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ 10% ਲਈ ਲਾਗੂ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਸਾਡੇ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਦੀ ਸੇਵਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਚਨਬੱਧ ਹਨ। ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਖੁਸ਼ੀ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਸੀ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਖਾਤੇ ਬਾਰੇ, ਜਾਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ (559) 459-3939 ਜਾਂ (800) 773-2223 ਵਿਕਲਪ #3 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇੱਕ ਅਧੂਰੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ।

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭਰੀ ਹੋਈ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ ਜਾਂ (559) 230- 8505 'ਤੇ ਫੈਕਸ ਕਰੋ:

Patient Financial Services  
Community Medical Centers  
PO Box 1232  
Fresno, CA 93715-9889

ਫਾਰਮ ਦੇਣ/ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਣ ਦੀ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_ ਇਸ ਮਿਤੀ ਤੱਕ ਫਾਰਮ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ \_\_\_\_\_

**CMC ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ**

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ	ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਖਾਤਾ #
	ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ #

**I. ਮਰੀਜ਼ / ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਪਾਰਟੀ**

ਆਖਰੀ ਨਾਮ	ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ
	ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ #
	ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ
	ਸੈੱਲ ਫੋਨ
ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ	ਵਪਾਰਕ ਫੋਨ
	ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ \$

**II. ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ / ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ**

ਆਖਰੀ ਨਾਮ	ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ
	ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ #
	ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ
	ਸੈੱਲ ਫੋਨ
ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ	ਵਪਾਰਕ ਫੋਨ
	ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ \$

**III. ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ, 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ। ਜੇਕਰ ਮਰੀਜ਼ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਾਰੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ, ਅਤੇ (21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਭੈਣ-ਭਰਾਵਾਂ) ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ

ਨਾਮ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਸਬੰਧ (ਰਿਸ਼ਤਾ)

ਕੁੱਲ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ:

IV. ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ	
ਮਰੀਜ਼ / ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਪਾਰਟੀ ਦੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ	\$
ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ/ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)	\$
ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਆਮਦਨ	\$
ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ/ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ	\$
ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਜਾਂ ਵਰਕਰਾਂ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ	\$
ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ/ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਪਾਹਜਤਾ	\$
ਫੁਟਕਲ ਆਮਦਨ	\$
ਜੇਕਰ ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤੇ/ਸਹਾਇਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਟੌਤੀ ਕਰੋ	\$
ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਸਮੁੱਚੀ ਆਮਦਨ =	\$

V. ਫੁਟਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ		
	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ
ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਆਮਦਨ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਹੋਣ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ?		
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਂਕਣ ਕੀਤਾ ਹੈ: ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਸੇਵਿੰਗਜ਼ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (Medicare Savings Program), ਕੈਲ ਵਰਕਸ (Cal WORKS), ਕੈਲ ਫਰੈਸ਼ (Cal Fresh) (ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ), SSI/SSP (ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਮਦਨ/ਸਟੇਟ ਸਪਲੀਮੈਂਟਰੀ ਭੁਗਤਾਨ), ਜਾਂ WIC (ਔਰਤਾਂ, ਸ਼ਿਸੂ ਅਤੇ ਬੱਚੇ)		
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ?		
ਕੀ ਇਹ ਵਿਜ਼ਿਟ ਕਿਸੀ ਤੀਜੀ ਪਾਰਟੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਸੀ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇੱਕ ਆਟੋ ਦੁਰਘਟਨਾ ਜਾਂ ਤਿਲਕਣ ਅਤੇ ਡਿੱਗਣਾ?		
ਕੀ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਜਾਂ Medicare ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤਾ ਹੈ?		
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਵਰਡ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ (Covered California) ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕੀਤਾ ਹੈ?		

**ਅਧੂਰੀਆਂ ਜਾਂ ਧੋਖਾਧੜੀ ਵਾਲੀਆਂ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨਾਂ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ**

ਇਸ ਵਿੱਤੀ ਵੇਰਵੇ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਮੈਂ ਇੰਜ ਕਰਕੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਵੇਰਵੇ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੈਂ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਹੋਰ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਜੇਕਰ ਮਰੀਜ਼ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਸੰਬੰਧ (ਰਿਸ਼ਤਾ): \_\_\_\_\_

ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ ਜਾਂ (559) 230-8505 'ਤੇ ਫੈਕਸ ਕਰੋ:

Patient Financial Services  
 Community Medical Centers  
 PO Box 1232  
 Fresno, CA 93715-9889