



## ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ

### ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼

ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ **1-866-967-4677 (TTY: 711)** 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ 770 ਐੱਸ. ਬਾਸਕੋਮ ਐਵੇਨਿਊ, ਸੈਨ ਜੋਸ, ਸੀ.ਏ. 95128 (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਤੱਕ **scvh.org/bill-help** 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਪਹੁੰਚ ਕਰੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ:

- **ਫੈਕਸ ਦੁਆਰਾ** 1-408-494-7848 'ਤੇ
- **ਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ** 770 ਐੱਸ. ਬਾਸਕੋਮ ਐਵੇਨਿਊ, ਸੈਨ ਜੋਸ, ਸੀ.ਏ. 95128 ਪਤੇ 'ਤੇ, ਜਾਂ
- **ਈ-ਮੇਲ ਦੁਆਰਾ** HHSVCApp@hhs.sccgov.org 'ਤੇ

*ਨੋਟ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਈ-ਮੇਲ ਕਰਨਾ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਨਿੱਜੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ ਮੈਸੇਜ ਨੂੰ ਇਨਕ੍ਰਿਪਟ ਕਰੋ।*

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੇ ਸਮਰਥਨ ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਹਰੇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਇੱਕ ਵੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

1. **ਪਛਾਣ ਦਾ ਸਬੂਤ** (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ: ਡ੍ਰਾਈਵਰਜ਼ ਲਾਇਸੈਂਸ, ਪਾਸਪੋਰਟ, ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਆਈ.ਡੀ., ਕੰਮ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਆਈ.ਡੀ., ਜਾਂ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਪਲੱਸ ਜਿਮ ਜਾਂ ਹੋਰ ਆਈ.ਡੀ.);
2. **ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਬੂਤ** (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ: ਹਾਲੀਆ ਪੇਅ ਸਟੱਬਸ, ਆਮਦਨ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ, ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪੁਰਸਕਾਰ ਪੱਤਰ, ਹੋਰ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਵਾਰਡ ਪੱਤਰ, ਮਿਲਟਰੀ ਲਾਭ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਿਰਾਏ ਦੀ ਆਮਦਨ ਦੀਆਂ ਰਸੀਦਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ); ਅਤੇ
3. **ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਸਬੂਤ** (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ: ਕਿਰਾਏ ਦਾ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ/ਲੀਜ਼/ਮੋਰਗੇਜ, ਉਪਯੋਗਤਾ ਬਿੱਲ, ਵਾਹਨ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ, ਜਾਂ ਬੇਘਰ ਹੋਣ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ)।

ਕੁਝ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਲਈ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣਗੇ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੇ ਹਨ।

ਕਾਉਂਟੀ ਨਿਵਾਸੀ, ਜੋ ਸਿਰਫ਼ CSCHS ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (HAP) (ਅਰਥਾਤ, ਸਵੈ-ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਉੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ 400% ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ਪਰ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ ਦੇ 650% ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ) ਦੇ ਤਹਿਤ ਅੰਸ਼ਕ ਛੇਟ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਵਜੋਂ ਹਾਲੀਆ ਤਨਖਾਹਾਂ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਇੱਕ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ—ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਬਰੇਲ, ਆਡੀਓ ਅਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਹਨ ਅਤੇ ਇੱਕ ਸਕਰੀਨ ਰੀਡਰ ਦੁਆਰਾ ਇੱਕ ਲਾਜ਼ੀਕਲ ਰੀਡਿੰਗ ਕ੍ਰਮ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ—ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-967-4677 (TTY: 711) 'ਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਵਿੱਤੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।



## ਬੈਕਗ੍ਰਾਊਂਡ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਾਮ (ਆਖਰੀ, ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ):	
ਲਿੰਗ:	ਪਸੰਦੀਦਾ ਭਾਸ਼ਾ:
ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ:	<input type="checkbox"/> ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਈ-ਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਅੱਪਡੇਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਲਈ ਇੱਥੇ ਦੇਖੋ
ਫੋਨ ਨੰਬਰ: ( ) -	ਮੇਲ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ (ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ਸਮੇਤ):
ਕੀ ਯੂ.ਐੱਸ. ਦੇ ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕੀ ਸਾਂਤਾ ਕਲਾਰਾ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਨਿਵਾਸੀ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਯੂ.ਐੱਸ. ਵੈਟਰਨ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਕੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸੀ / ਗ੍ਰੀਨ ਕਾਰਡ ਧਾਰਕ ਹੋ / ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਅਧਿਕਾਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਮਾਤਾ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:	ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਲਈ? _____ ਸਾਲ _____ ਮਹੀਨੇ
ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਕੰਮ ਦੀ ਸਥਿਤੀ: <input type="checkbox"/> ਰੁਜ਼ਗਾਰ <input type="checkbox"/> ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ <input type="checkbox"/> ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ	
ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲੀਆ ਕਾਰਜ-ਸਥਾਨ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____ / ( ) -	
ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲੀਆ ਰੁਜ਼ਗਾਰ/ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ: ___ / ___ / ___ ਤੋਂ ___ / ___ / ___	
ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ/ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦੇ ਕੰਮ ਦੀ ਸਥਿਤੀ: <input type="checkbox"/> ਰੁਜ਼ਗਾਰ <input type="checkbox"/> ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ <input type="checkbox"/> ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ	
ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲੀਆ ਕਾਰਜ-ਸਥਾਨ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____ / ( ) -	
ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲੀਆ ਰੁਜ਼ਗਾਰ/ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀਆਂ ਮਿਤੀਆਂ: ___ / ___ / ___ ਤੋਂ ___ / ___ / ___	
ਅਪਾਹਜਤਾ ਦੀ 12 ਮਹੀਨੇ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਹੋਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ?	
<input type="checkbox"/> ਹਾਂ, ਮੈਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ, ਮੇਰਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ/ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	

## ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ, ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਆਸ਼ਰਿਤ ਬੱਚੇ (ਭਾਵੇਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ)। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ 'ਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਦੇ ਹੋ () ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਵੀ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਾਮ (ਆਖਰੀ, ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਊਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)
( <input type="checkbox"/> )			
( <input type="checkbox"/> )			
( <input type="checkbox"/> )			
( <input type="checkbox"/> )			
( <input type="checkbox"/> )			
( <input type="checkbox"/> )			



### ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਬੀਮਾ ਅਤੇ ਪਹੁੰਚ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਤੱਕ ਹੀ ਸੀਮਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, Medicare, Medi-Cal, ਇੱਕ ਕਵਰਡ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਪਲਾਨ, ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ-ਪ੍ਰਯੋਜਿਤ ਕਵਰੇਜ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ-ਸਬੰਧਤ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਹੋਰ ਤੀਜੀ-ਧਿਰ ਕਵਰੇਜ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਬੀਮੇ(ਬੀਮਿਆਂ) ਦਾ(ਦੇ) ਨਾਮ(ਮ):
ਬੀਮਾ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ(ਰ): ( ) -   ( )
ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਖਮੀ ਹੋਏ ਸੀ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕਾਰ ਦੁਰਘਟਨਾ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਫਿਸਲਣ ਅਤੇ ਡਿੱਗਣ ਦੌਰਾਨ) ਕਾਰਨ ਲੱਗੀਆਂ ਸਨ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਹੈ, ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇੱਕ ਆਟੋ ਪਾਲਿਸੀ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਖਰਚਿਆਂ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ, ਸਹਿ-ਬੀਮਾ, ਕਟੌਤੀਆਂ, ਅਤੇ ਬੀਮੇ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰ ਨਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਬਿੱਲ) ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੁੱਲ ਰਕਮ ਦੱਸੋ: \$_____
(ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਇੱਕ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਡਾਕਟਰ ਹੈ: <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> ਇੱਕ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਕਲੀਨਿਕ
(ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ:

### ਮੌਜੂਦਾ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰਣੀ ਨੂੰ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ (ਅਰਥਾਤ, ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਨੰਬਰਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ (ਆਪਣੇ-ਆਪ, ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ, ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਆਸਰਿਤ ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, ਭਾਵੇਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ) ਭਰੋ।

ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਰੋਤ	ਮਰੀਜ਼	ਪਤੀ/ਪਤਨੀ	ਕੋਈ ਹੋਰ	<b>DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY</b>  Total gross monthly income:  \$ _____  Family Size:  _____  FPL Level:  _____
1. ਕੰਮ ਤੋਂ ਆਮਦਨ (ਤਨਖਾਹ, ਮਜ਼ਦੂਰੀ, ਨਕਦ ਕਮਾਈ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਮੁਆਵਜ਼ਾ)	\$	\$	\$	
2. ਕਾਰੋਬਾਰ ਸੰਚਾਲਨ ਤੋਂ ਆਮਦਨ (ਜੇਕਰ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹੈ)	\$	\$	\$	
3. ਵਿਆਜ ਅਤੇ ਲਾਭਅੰਸ਼ ਤੋਂ ਆਮਦਨ	\$	\$	\$	
4. ਰੀਅਲ ਅਸਟੇਟ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਜਾਇਦਾਦ ਤੋਂ ਆਮਦਨ	\$	\$	\$	
5. ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਤੋਂ ਆਮਦਨ	\$	\$	\$	
6. ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ : _____)	\$	\$	\$	
7. ਗੁਜ਼ਾਰੇ ਭੱਤੇ / ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ	\$	\$	\$	
8. ਗੁਜ਼ਾਰੇ ਭੱਤੇ / ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਭੁਗਤਾਨ ਅਦਾ ਕੀਤੇ ਗਏ	\$	\$	\$	
<b>ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ (ਉਪਰੋਕਤ 1 ਤੋਂ 7 ਲਾਈਨਾਂ ਜੋੜੋ) ਕੋਈ ਵੀ ਗੁਜ਼ਾਰੇ ਭੱਤੇ / ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਭੁਗਤਾਨ ਅਦਾ ਕੀਤੇ ਗਏ (ਲਾਈਨ 8) ਘਟਾਓ</b>	<b>\$</b>			



## ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (HAP) ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸੂਚਨਾ

**ਯਾਦ ਰੱਖੋ:** CSCHS ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (HAP) ਦੇ ਤਹਿਤ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਜਾਂ ਛੋਟ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਐਪੀਸੋਡ ਲਈ ਆਪਣੀ ਪਹਿਲੀ ਬਿਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਭੇਜੇ ਜਾਣ ਦੇ 180 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ CSCHS ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਉਚਿਤ ਯਤਨ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ 180-ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਆਪਣੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਗ੍ਹਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਦੇਰੀ ਦਾ ਚੰਗਾ ਕਾਰਨ ਕਿਉਂ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਸਪੱਸ਼ਟੀਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰਥਨ ਵਿੱਚ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। CSCHS ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

### ਘੋਸ਼ਣਾ-ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ

ਮੈਂ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇ ਜ਼ੁਰਮਾਨੇ ਦੇ ਤਹਿਤ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਪੂਰੇ ਗਿਆਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਿ ਜਿੱਥੇ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਨਹੀਂ ਪਤਾ ਸੀ, ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਜਵਾਬ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੀ ਹਰ ਉਚਿਤ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ, ਜਿਸਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਸੀ। ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੀ ਰਿਹਾਇਸ਼, ਵਿੱਤੀ ਸਥਿਤੀ, ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤਬਦੀਲੀ ਹੋਣ ਦੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਦੇ ਅਗਲੇ ਪੁਆਇੰਟ, ਜੇ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ, ਉਸ 'ਤੇ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਦਲਾਅ ਬਾਰੇ ਕਾਉਂਟੀ ਆਫ ਸਾਂਤਾ ਕਲਾਰਾ ਹੈਲਥ ਸਿਸਟਮ (CSCHS) ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। Medi-Cal ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮੇਰੀ Medi-Cal ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸਾਂਤਾ ਕਲਾਰਾ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਕਾਉਂਟੀ ਆਫ ਸਾਂਤਾ ਕਲਾਰਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਏਜੰਸੀ ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਹਿਯੋਗੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। ਮੈਂ CSCHS ਨੂੰ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਵਿਚਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਮਝੇ।

ਮਿਤੀ

ਦਸਤਖਤ