COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

https://health.sccgov.org/retro-FA

ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਿਹਨਾਂ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਿੱਲ 28 ਅਕਤੂਬਰ, 2018 ਅਤੇ 31 ਦਸੰਬਰ, 2021 ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਗਏ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਅਨੁਸਾਰ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ:

- ਡਾਕ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜੋ ਜਾਂ ਆਪ ਜਾ ਕੇ ਇੱਥੇ ਪਹੁੰਚਾਓ:
  770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128
- ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਫੈਕਸ ਦੁਆਰਾ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ: **1-408-494-7848**
- ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**

ਨੋਟ ਕਰੋ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਈਮੇਲ ਕਰਨਾ ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਨਿੱਜੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸੰਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਏਨਕ੍ਰਿਪਟ ਕਰੋ।

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਨ ਵਾਸਤੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸਾਰੇ 4 ਪੰਨਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਆਏ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦੇ 65 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵਾਪਸ ਭੇਜਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ (ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰ. 22223)। ਫੇਰ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨੀ, ਪਛਾਣ, ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਪੰਨੇ ਉੱਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੱਸੇ ਗਏ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਧੂ 150 ਦਿਨ ਹੋਣਗੇ। ਸਹੀ ਦੇਣਯੋਗ ਮਿਤੀਆਂ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਹਨ।

ਸਾਡੇ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਭਰਿਆ ਫਾਰਮ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਅਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਲਵਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀ ਪੂਰੀ ਛੋਟ ਲਈ ਪਾਤਰ ਬਣਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਛੋਟ ਲਈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਇਹ ਦੱਸਾਂਗੇ। ਜੇ ਸਾਡੇ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ (ਆਖਰੀ, ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ)	
ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	
ਤੁਹਾਡੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਦੇ ਆਖਰੀ ਚਾਰ ਅੰਕ	
ਈਮੇਲ ਪਤਾ	☐ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਈ-ਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਸੰਚਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਲਈ ਇੱਥੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ।
ਡਾਕ ਪਤਾ	
ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ	
ਪਸੰਦੀਦਾ ਭਾਸ਼ਾ	

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਮੁਫ਼ਤ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕਾਉਂਟੀ ਆਫ ਸੈਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਹੈਲਥ ਸਿਸਟਮ ਪੇਸ਼ੇਂਟ ਐਕਸੈਸ ਡਿਪਾਰਟਮੇਂਟ (County of Santa Clara Health System Patient Access Department) ਨੂੰ 1-408-494-7850 ਜਾਂ 1-888-524-3317 (TTY: 711) (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਦੁਪਹਿਰ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) 'ਤੇ ਜਾਂ ਹੈਲਥ ਕੰਜ਼ਿਊਮਰ ਐਲਾਇੰਸ (Health Consumer Alliance) ਨੂੰ 1-888-804-3536 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਹਾਲਾਤ ਜੇਕਰ ਇਹ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਖਾਨੇ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਲਗਾਓ।	☐ ਜਹੜੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਖਾਤਾ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਉਸਦੀ ਹੁਣ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਹੈ। ☐ ਮੈਂ 28 ਅਕਤੂਬਰ, 2018 ਅਤੇ 31 ਦਸੰਬਰ, 2021 ਦੇ ਵਿੱਚਕਾਰ ਕੁਝ ਸਮੇਂ ਲਈ (ਆਪਣੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਯਾਦ-ਸ਼ਕਤੀ ਅਨੁਸਾਰ ਮਿਤੀਆਂ ਦੱਸੋ) 'ਤੇ ਅਸਥਾਈ ਕਾਮਾ ਜਾਂ ਬੇਘਰ ਸੀ:
ਘਰੇਲੂ ਸਥਿਤੀ 28 ਅਕਤੂਬਰ, 2018 ਅਤੇ 31 ਦਸੰਬਰ, 2021 ਦੇ ਵਿੱਚਕਾਰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰ ਸਦੱਸ ਲਈ ਖਾਨੇ ਅੰਦਰ ਸਹੀ ਲਗਾਓ। ਜੇ ਇਸ ਮਿਆਦ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਦੱਸਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਜਾਂ ਸਥਿਤੀ ਬਦਲ ਗਈ ਸੀ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਥੀ ਦਾ ਤਲਾਕ ਹੋਇਆ ਜਾਂ ਬੱਚਾ 21 ਸਾਲ ਦਾ ਹੋ ਗਿਆ), ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਖਾਲੀ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕਰੋ।	☐ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ☐ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਛੋਟੇ ਆਸ਼ਰਿਤ ਬੱਚੇ, ਭਾਵੇਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ☐ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ: _________ ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਤ, ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਸੰਖਿਆ: _________ ☐ ਬਦਲੇ ਹੋਏ ਹਾਲਾਤ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ):
ਸਾਲ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ(ਡੇ) ਬਿੱਲ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਗਿਆ(ਗਏ) ਉਸ(ਉਨ੍ਹਾਂ) ਸਾਲ(ਲਾਂ) 'ਤੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡਾ(ਡੇ) ਬਿੱਲ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਗਿਆ(ਗਏ)। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ(ਡੇ) ਬਿੱਲ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਕਦੋਂ ਗਏ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਨੂੰ 1-408-494-7850 ਜਾਂ 1-888-524-3317 (TTY: 711) (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ "ਮੈਂ ਨਹੀਂ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ" ਚੁਣੋ।	☐ 2018 ☐ 2019 ☐ 2020 ☐ 2021 ☐ ਮੈਂ ਨਹੀਂ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ

ਆਮਦਨੀ ਆਪਣੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ, ਹਰ ਉਸ ਸਾਲ ਲਈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿੱਲ ਮਿਲਿਆ ਸੀ(ਮਿਲੇ ਸਨ) ਜੋ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਗਿਆ(ਗਏ) (ਜਿਹੜੇ ਸਾਲਾਂ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਉੱਪਰ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਇਆ), ਆਪਣੀ **ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਮੁੱਚੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ** ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਹਰ ਉਸ ਸਾਲ ਲਈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿੱਲ ਮਿਲਿਆ ਸੀ(ਮਿਲੇ ਸਨ) ਜੋ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਗਿਆ(ਗਏ) ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਤ, ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰ ਸਦੱਸ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਟੈਕਸਾਂ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੰਮ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਤਨਖ਼ਾਹ, ਕਿਸੇ ਵਪਾਰ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਆਮਦਨੀ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਿਟੀ ਭੁਗਤਾਨ, ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ, ਵਿਆਜ਼ ਅਤੇ ਡਿਵੀਡੈਂਡ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਆਮਦਨੀ ਅਤੇ ਰਿਅਲ ਏਸਟੇਟ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਸੰਪੱਤੀ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਆਮਦਨੀ **ਨੂੰ ਗਿਣੋ**। ਪਤੀ ਵਲੋਂ ਮਿਲੇ ਨਿਰਬਾਹ ਖਰਚੇ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਹਿਯੋਗ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨਾਂ **ਨੂੰ ਨਾ ਗਿਣੋ**। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ(ਡੇ) ਬਿੱਲ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਕਦੋਂ ਗਿਆ(ਗਏ), ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਨੂੰ 1-408-494-7850 ਜਾਂ 1-888-524-3317 (TTY: 711) (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਹਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸਾਲ ਲਈ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਮੁੱਚੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।	ਮੇਰੇ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਆਮਦਨੀ ਇਹ ਸੀ: ☐ ਸਾਲਾਨਾ (ਇੱਕ-ਸਾਲਾ) ਆਮਦਨੀ ☐ ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨੀ ਕੁੱਲ ਰਕਮ: 2018: $________________ 2019: $________________ 2020: $________________ 2021: $________________
ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਇਹ ਉਸ ਸਾਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਮੁੱਚੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ(ਡੇ) ਬਿੱਲ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਗਿਆ(ਗਏ)।	ਮੈਂ, ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਰ ਸਾਲ ਲਈ, ਆਪਣੀ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰ ਸਦੱਸ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ (ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਇੱਕ ਚੁਣੋ): ☐ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ☐ ਤਨਖ਼ਾਹ ਸਟੱਬ ☐ ਹੋਰ ਅਧਿਕਾਰਕ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ☐ ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ ਪਤਾ, ਮੈਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ
ਪਛਾਣ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ (ਤੁਹਾਡੀ ਫ਼ੋਟੋ ਸਮੇਤ) ਦਾ ਸਬੂਤ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੰਸ, ਪਾਸਪੋਰਟ, ਸਰਕਾਰ-ਦੁਆਰਾ-ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਈਡੀ, ਜਾਂ ਕੰਮ ਜਾਂ ਸਕੂਲ ਦਾ ਆਈਡੀ।	ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਪਛਾਣ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਦੀ ਨਕਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ (ਇੱਕ ਚੁਣੋ): ☐ ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੰਸ ਜਾਂ ਪਾਸਪੋਰਟ ☐ ਸਰਕਾਰ-ਦੁਆਰਾ-ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਈਡੀ ☐ ਹੋਰ ਫ਼ੋਟੋ ਆਈਡੀ: ________________________ ☐ ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ ਪਤਾ, ਮੈਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ

ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਉੱਪਰ ਸਹੀ ਲਗਾਏ ਸਾਲ(ਸਾਲਾਂ) ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ(ਡੇ) ਬਿੱਲ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਕਦੋਂ ਗਿਆ(ਗਏ), ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 28 ਅਕਤੂਬਰ, 2018 ਅਤੇ 31 ਦਸੰਬਰ, 2021 ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਲਈ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦਾ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਜੇ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਕਾਉਂਟੀ ਬਦਲ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕ ਸੱਜੇ ਪਾਸੇ ਦੇ ਖਾਨੇ 'ਤੇ ਵੀ ਸਹੀ ਲਗਾਓ।	ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਦੀ ਨਕਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ (ਇੱਕ ਚੁਣੋ): ☐ ਕਿਰਾਏ ਦਾ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ/ਲੀਜ਼/ਮਾਰਗੇਜ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ☐ ਉਪਯੋਗਿਤਾ ਬਿੱਲ ☐ ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੰਸ ਜਾਂ ਵਾਹਨ ਦਾ ਪੰਜੀਕਰਨ ☐ ਹੋਰ: ______________________ ☐ ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ ਪਤਾ, ਮੈਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ ☐ ਮੇਰੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਦੀ ਕਾਉਂਟੀ 28 ਅਕਤੂਬਰ, 2018 ਅਤੇ 31 ਦਸੰਬਰ, 2021 ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਬਦਲ ਗਈ

ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

_____________ ______________________________________

ਮਿਤੀ ਹਸਤਾਖ਼ਰ

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION FOR PATIENTS WHOSE BILLS FOR HOSPITAL SERVICES WENT TO COLLECTIONS BETWEEN OCTOBER 28, 2018 AND DECEMBER 31, 2021

Complete and return this form along with the required verifying documents by:

- Mailing or personally delivering them to:
  770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128
- Faxing them to: **1-408-494-7848**
- E-mailing them to: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**

  Note: If you choose to e-mail your application, we recommend that you encrypt your message to protect the privacy and security of your personal documents.

To qualify for financial assistance, you must complete all 3 pages of this form and return them to the County within 65 days of the date on the accompanying notice (Document No. 22223). You will then have an additional 150 days to submit the documents specified on the following page to verify your income, identity, and residency. The exact due dates are in the notice.

After we receive your completed form and verifying documents, we will make a decision about whether you qualify for a full or partial discount and let you know in writing. We may call and/or write to you if we have questions about your application.

Your Name (Last, First, Middle)	
Date of Birth (month/day/year)	
Last Four Digits of Your Social Security Number	
E-mail Address	☐ Check here to consent to receive communications regarding this application by secure e-mail.
Mailing Address	
Phone Number	
Preferred Language	

Do you have questions or need help with this form? Call the County of Santa Clara Health System Patient Access Department at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) or the Health Consumer Alliance at 1-888-804-3536 for free assistance.

Special Circumstances Please check one of the boxes to the right if it applies.	☐ The person whose account was sent to collections is now deceased. ☐ I was transient or homeless at some point between October 28, 2018 and December 31, 2021 (specify dates, to the best of your recollection):
Household Status Check the box for each member in your family between October 28, 2018 and December 31, 2021. If the number or status of your family members changed during this time period (for example, if you and your spouse divorced or a child turned 21), please explain in the space provided.	☐ Spouse or domestic partner ☐ Dependent children under 21 years of age, whether living at home or not ☐ Number of children: _________ Total number of individuals, including you: _________ ☐ Changed circumstances (if applicable):
Year(s) Your Bill(s) Went to Collections Check the year(s) that your bill(s) went to collections. If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form or select "I do not know."	☐ 2018 ☐ 2019 ☐ 2020 ☐ 2021 ☐ I do not know

Income Provide, to the best of your knowledge, your **total gross family income** for each year you had bill(s) that went to collections (the year(s) you checked above). For each year you had bill(s) that went to collections, you need to add the income of each family member you listed above, including yourself. **Do count** pay from work before taxes and deductions, income from operating a business, Social Security payments, unemployment compensation, income from interest and dividends, and income from real estate or personal property. **Do not count** alimony or child support payments. If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form, or provide your total gross family income for every year listed.	This was my and my family's: ☐ annual (yearly) income ☐ monthly income Total amount: 2018: $_______________ 2019: $_______________ 2020: $_______________ 2021: $_______________
INCOME VERIFICATION This is proof of your total gross family income in the year(s) your bill(s) for hospital services went to collections.	I agree to provide, for each applicable year, a copy my and each of my family member's (choose at least one): ☐ Tax returns ☐ Pay stubs ☐ Other official income documentation ☐ Unsure, I am still searching for documents
IDENTITY VERIFICATION This is proof of your identity (including your photo). Examples include a driver's license, passport, other government-issued ID, or work or school ID.	I agree to provide a copy of my (choose one): ☐ Driver's license or passport ☐ Other government-issued ID ☐ Other photo ID: _______________________ ☐ Unsure, I am still searching for documents
RESIDENCY VERIFICATION This is proof of your county of residence for the year(s) you checked above. If you are unsure about when your bill(s) went to collections, please provide proof of residence for any time between October 28, 2018 and December 31, 2021. If your county of residence changed during this time, please also check the box to the right.	I will provide a copy of my (choose one): ☐ Rental contract/lease/mortgage statement ☐ Utility bill ☐ Driver's license or vehicle registration ☐ Other: _______________________ ☐ Unsure, I am still searching for documents ☐ My county of residence changed between October 28, 2018 and December 31, 2021

I affirm that the information I have provided is true and correct.

______________ ____

Date Signature