

UW Medicine










ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ ਵਾਸਤੇ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਇਹ UW Medicine ਵਿਖੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ (ਇਸਨੂੰ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਲਈ ਇੱਕ ਅਰਜ਼ੀ ਹੈ। ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦੀ ਸ਼ਰਤ ਹੈ ਕਿ ਸਾਰੇ ਹਸਪਤਾਲ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ, ਜੋ ਢੁਕਵੀਆਂ ਆਮਦਨ ਸ਼ਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਆਕਾਰ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੋਵੇ। ਸਹਾਇਤਾ ਉਦੋਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਪੱਧਰ (Federal Poverty Level) ਦਾ 300% ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਸਾਡੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵੈਬਸਾਈਟ www.uwmedicine.org/financialassistance ਜਾਂ www.valleymed.org/financialassistance ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ? ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ UW Medicine ਦੁਆਰਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਢੁਕਵੀਆਂ ਹਸਪਤਾਲ-ਆਧਾਰਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ, ਹੋਰਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਮੇਤ, ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਸਾਰੇ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਨਾ ਕਰਨ।

ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ:

- ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ; ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਭਰੋ (ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਜਨਮ, ਵਿਆਹ ਜਾਂ ਗੇਟ ਲੈਣ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਹ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ)
- ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਮੁੱਚੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਟੈਕਸਾਂ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਸਮੇਤ ਆਮਦਨ) ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ
- ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ ਅਤੇ ਸੰਪਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ
- ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ, ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਮਰਥਨ ਪੱਤਰ
- ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਲਿਖੋ

 <p>Harborview Medical Center Financial Counseling 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 206.744.3084 ਫੈਕਸ 206.744.5187 ਸੋਮ-ਸ਼ੁੱਕਰ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ</p>	 <p>UW Medical Center-Montlake Financial Counseling 1959 NE Pacific Street Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 206.744.3084 ਫੈਕਸ 206.598.1122 ਸੋਮ-ਸ਼ੁੱਕਰ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ</p>	 <p>UW Medical Center-Northwest Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 206.744.3084 ਸੋਮ-ਸ਼ੁੱਕਰ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ</p>
 <p>Harborview Medical Center UW Medical Center Patient Financial Services 1330 Meridian Ave. N Suite 260 Seattle, WA 98133 206.598.1950 ਜਾਂ 1.877.780.1121 ਫੈਕਸ 206.668.6469 ਸੋਮ-ਸ਼ੁੱਕਰ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ</p>	 <p>Valley Medical Center Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 425.690.3578 ਫੈਕਸ 425.690.9578 ਸੋਮ-ਸ਼ੁੱਕਰ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 5:00</p>	 <p>UW Physicians UW Neighborhood Clinics Patient Accounts & Inquiry P.O. Box 50095 Seattle, WA 98145-5095 206.520.9300 ਜਾਂ 1.855.520.9300 ਫੈਕਸ 206.520.3200 ਸੋਮ-ਸ਼ੁੱਕਰ ਸਵੇਰੇ 9:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 5:00</p>
 <p>Harborview Medical Center UW Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 95459 Seattle, WA 98145-2459 206.598.1950 ਜਾਂ 1.877.780.1121 ਫੈਕਸ 206.598.2360 ਸੋਮ-ਸ਼ੁੱਕਰ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ</p>	 <p>Valley Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 425.690.3578 ਫੈਕਸ 425.690.9578 ਸੋਮ-ਸ਼ੁੱਕਰ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 5:00</p>	 <p>Airlift Northwest Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 206.598.2912 ਫੈਕਸ 206.521.1612 ਸੋਮ-ਸ਼ੁੱਕਰ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ – ਸ਼ਾਮ 5:00</p>

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉੱਪਰ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਏ ਕੇਂਦਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਅਸਮਰਥਤਾ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸਮੇਤ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਸੀਂ ਆਮਦਨ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਸਮੇਤ, ਇੱਕ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ 14 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਆਖਰੀ ਨਿਰਧਾਰਨ ਅਤੇ ਅਪੀਲ ਦੇ ਹੱਕਾਂ, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗੇ। ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਲਾਜ਼ਮੀ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

ਅਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਲਦੀ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ! ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ - ਗੁਪਤ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਭਰੋ। ਜੇਕਰ ਇਹ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ, ਤਾਂ "NA" ਲਿਖੋ। ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਸਕੀਨਿੰਗ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ:
ਕੀ ਰੋਗੀ ਨੇ Medicaid ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ
ਕੀ ਰੋਗੀ ਰਾਜ ਦੀਆਂ ਜਨਤਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ TANF, ਬੇਸਿਕ ਫੂਡ ਜਾਂ WIC?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਕੀ ਰੋਗੀ ਇਸ ਵੇਲੇ ਬੇਘਰ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਕੀ ਰੋਗੀ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲੋੜ ਕਿਸੇ ਕਾਰ ਦੁਰਘਟਨਾ ਜਾਂ ਕਾਰਜ ਸਥਾਨ 'ਤੇ ਲੱਗੀ ਸੱਟ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ

- ਅਸੀਂ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਵੋਗੇ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।
- ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਭੇਜਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।
- ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਅਦ 14 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਰੋਗੀ ਅਤੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਰੋਗੀ ਦੇ ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਰੋਗੀ ਦੇ ਨਾਮ ਦਾ ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਰੋਗੀ ਦੇ ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ (ਗੇਤ)
<input type="checkbox"/> ਮਰਦ <input type="checkbox"/> ਇਸਤਰੀ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ (ਵੇਰਵਾ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ _____)	ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਨੰਬਰ (MRN)	ਰੋਗੀ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ
ਬਿਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ (ਗਾਰੰਟਰ)	ਰੋਗੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਗਾਰੰਟਰ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ
ਡਾਕ ਪਤਾ		ਮੁੱਖ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ () _____ () _____ ਈਮੇਲ ਪਤਾ: _____
ਸਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਬਿਲ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਸਥਿਤੀ

ਨੌਕਰੀ (ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ ਲੱਗਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____) ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ (ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰ: _____)

ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਵਿੱਚ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਅਸਮਰਥ ਰਿਟਾਇਰ ਹੋ ਗਏ ਕੋਈ ਹੋਰ (_____)

ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਿਓ, ਤੁਹਾਡੇ ਸਮੇਤ। "ਪਰਿਵਾਰ" ਵਿੱਚ ਜਨਮ, ਵਿਆਹ ਜਾਂ ਗੇਟ ਲੈਣ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਉਹ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲੀਆ ਫਾਈਲ ਕੀਤੇ ਰਿਟਰਨ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ-ਵਿਅਕਤੀ ਹੋਣ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ _____ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਵਾਧੂ ਪੰਨਾ ਨੱਥੀ ਕਰੋ

ਨਾਮ	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਰੋਗੀ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਜੇਕਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਹੈ: ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ(ਵਾਂ) ਦਾ ਨਾਮ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਰੋਤ	ਜੇਕਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਹੈ: ਕੁੱਲ ਸਮੁੱਚੀ ਮਾਸਿਕ ਆਮਦਨ (ਟੈਕਸਾਂ ਸਮੇਤ):	ਕੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ?
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ
					ਹਾਂ / ਨਹੀਂ

ਸਾਰੇ ਬਾਲਗ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ ਜਾਹਰ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਰੋਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ:

- ਮਜ਼ਦੂਰੀਆਂ - ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ - ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ - ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ - ਅਸਮਰਥਤਾ - SSI (ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਇਨਕਮ) - ਬਾਲ/ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ

- ਵਰਕ ਸਟੈਂਡੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਵਿਦਿਆਰਥੀ) - ਪੈਨਸ਼ਨ - ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਖਾਤਾ ਵੰਡਾਂ - ਕੋਈ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਰਣਨ ਕਰੋ _____)

UW Medicine

ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਫਾਰਮ - ਗੁਪਤ

ਆਮਦਨ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਯਾਦ ਰੱਖੋ: ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਬੂਤ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਮਦਨ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ। 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਜਾਹਰ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਲਿਖਤੀ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤਾ ਬਿਆਨ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਮਦਨ ਦੇ ਹਰੇਕ ਪਛਾਣੇ ਗਏ ਸਰੋਤ ਲਈ ਸਬੂਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।

ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਬੂਤ ਦੇ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਇੱਕ "W-2" ਵਿਦਹੇਲਡਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ; ਜਾਂ
- ਵਰਤਮਾਨ ਤਨਖਾਹ ਦੀਆਂ ਨਕਲਾਂ (3 ਮਹੀਨੇ); ਜਾਂ
- ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ (3 ਮਹੀਨੇ); ਜਾਂ
- ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਆਮਦਨ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ, ਸਮਾਂ ਸੂਚੀਆਂ ਸਮੇਤ, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਣ; ਜਾਂ
- ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰਾਂ ਦੇ ਲਿਖਤ, ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਬਿਆਨ (ਸਮਰਥਨ ਦੀ ਚਿੱਠੀ) ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਤੀ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਹਾਲਾਤ ਬਿਆਨ ਕਿਤੇ ਗਏ ਹੋਣ; ਜਾਂ
- Medicaid ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ-ਫੰਡ ਕੀਤੀ ਚਿਕਿਤਸਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਜਾਂ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਫਾਰਮ; ਜਾਂ
- ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਜਾਂ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਫਾਰਮ; ਜਾਂ ਮਾਲਕਾਂ ਜਾਂ ਵੈਲਫੇਅਰ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੇ ਲਿਖਤ ਬਿਆਨ।

ਖਰਚੇ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਹੋਰਾਂ ਕਰਜ਼ਿਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਦੂਜਾ ਪੰਨਾ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।)

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਰਥਿਕ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਵਧੇਰੇ ਸੰਪੂਰਨ ਵਰਣਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤਦੇ ਹਾਂ।

ਮਹਿਨਾਵਾਰ ਘਰੇਲੂ ਖਰਚੇ:

ਕਿਰਾਇਆ/ਗਿਰਵੀਨਾਮਾ	\$ _____	ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ	\$ _____
ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ	\$ _____	ਸਹੂਲਤਾਂ	\$ _____
ਹੋਰ ਕਰਜ਼ੇ/ਖਰਚੇ	\$ _____	(ਬਾਲ ਸਹਿਯੋਗ, ਕਰਜ਼, ਦਵਾਈਆਂ, ਹੋਰ)	

ਸੰਪਤੀ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਵਰਤਮਾਨ ਚੈਕਿੰਗ ਖਾਤਾ ਬੈਲੈਂਸ

\$ _____

ਵਰਤਮਾਨ ਬਚਤ ਖਾਤਾ ਬੈਲੈਂਸ

\$ _____

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਕੋਲ ਇਹ ਹੋਰ ਸੰਪਤੀਆਂ ਹਨ?

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇ ਲਾਗੂ ਹਨ

ਸਟੋਕ ਬੌਂਡ 401K ਸਿਹਤ ਬਚਤ ਖਾਤਾ(ਤੇ) ਟ੍ਰਸਟ

ਜਾਇਦਾਦ (ਮੁੱਖ ਨਿਵਾਸ ਸਥਾਨ ਦੇ ਅਲਾਵਾ) ਕਿਸੇ ਕਾਰੋਬਾਰ ਦੀ ਮਾਲਕੀ

ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਪੰਨਾ ਨੱਥੀ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਰਥਿਕ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਜਿਵੇਂ ਆਰਥਿਕ ਤੰਗੀ, ਮੌਸਮੀ ਜਾਂ ਅਸਥਾਈ ਆਮਦਨ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਘਾਟਾ।

ਹੋਰੀ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ UW Medicine ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਹੋਰਾਂ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਕੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗਲਤ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਨਤੀਜਾ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਨਾਮਨਜ਼ੂਰੀ ਹੋਵੇਗਾ ਅਤੇ ਮੈਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਤੋਂ ਉਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਆਸ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ।

ਪਤਨੀ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ