

## ਭਾਗ ਇੱਕ: ਮਰੀਜ਼ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਆਪਣਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ, ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਪਤਾ ਅਤੇ ਇਸ ਭਾਗ ਵਿੱਚ ਲਿਖੀ ਗਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।

ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_  
 ਆਖਰੀ ਪਹਿਲੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਹਸਤਾਖਰ

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_ ਸ਼ਹਿਰ: \_\_\_\_\_ ਕਾਊਂਟੀ: \_\_\_\_\_  
 ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਗਲੀ

ਨਿਵਾਸ ਰਾਜ: \_\_\_\_\_ ਜਿਲ੍ਹਾ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ਵਿਵਾਹਕ ਸਥਿਤੀ  ਕੁਆਰੇ  ਵਿਆਹੇ  ਤਲਾਕਸੁਦਾ

ਪ੍ਰਾਥਮਿਕ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  ਘਰ  ਮੋਬਾਈਲ  ਕੰਮ  ਹੋਰ: \_\_\_\_\_

ਈਮੇਲ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਸਮੇਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ:  ਕੋਈ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ  Medicare  Medicaid  ਕੋਈ ਹੋਰ \_\_\_\_\_

## ਭਾਗ ਦੋ: ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਜਾਇਦਾਦ

ਆਪਣੀ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹੋਰ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

ਆਮਦਨ ਸਰੋਤ	ਸੇਵਾ ਤੋਂ 3 ਮਹੀਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁੱਲ	ਸੇਵਾ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁੱਲ
ਮਜ਼ਦੂਰੀ/ਸਵੈ ਰੁਜ਼ਗਾਰ	ਡਾਲਰ	ਡਾਲਰ
ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ	ਡਾਲਰ	ਡਾਲਰ
ਪੈਂਸ਼ਨ, ਲਾਭਾਂਸ਼, ਵਿਆਜ, ਕਿਰਾਇਆ ਆਮਦਨ	ਡਾਲਰ	ਡਾਲਰ
ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ, ਕਰਮਚਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ	ਡਾਲਰ	ਡਾਲਰ
ਬਾਲ ਸਮਰਥਨ (ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਜੇਕਰ ਮਰੀਜ਼ ਇੱਛੁਕ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਹੈ)	ਡਾਲਰ	ਡਾਲਰ
ਕੋਈ ਹੋਰ	ਡਾਲਰ	ਡਾਲਰ

ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਮਿਤੀ 'ਤੇ ਕੁੱਲ ਸ਼ੁੱਧ ਸੰਪੱਤੀਆਂ (ਸੰਪੱਤੀ - ਦੇਣਦਾਰੀ): ਡਾਲਰ \_\_\_\_\_

## ਭਾਗ ਤਿੰਨ: ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਆਮਦਨ

ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਜਨਮ-ਮਿਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। HCAP ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, ਪਰਿਵਾਰ ਤੋਂ ਭਾਵ ਹੈ ਮਰੀਜ਼, ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਬੱਚੇ (ਸਕੇ ਜਾਂ ਗੋਦ ਲਏ) ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼, ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਸਕੇ ਜਾਂ ਮਤਰੇਆ ਮਾਪਾ(ਪੇ) ਅਤੇ ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ (ਸਕੇ ਜਾਂ ਗੋਦ ਲਏ) ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਘਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦਾ ਨਾਮ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇ
1. ਮਰੀਜ਼: _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

ਆਪਣੇ ਹਸਤਾਖਰਾਂ ਦੇ ਹੇਠਾਂ, ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟਿਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੁੱਝ ਵੀ ਸੱਚ ਹੈ।

ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਪਾਰਟੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ: x \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਆਪਣੇ ਹਸਤਾਖਰਾਂ ਦੇ ਹੇਠਾਂ, ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟਿਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।

ਹਸਪਤਾਲ ਸੀਈਓ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ: x \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_