

ਮਤੀ: \_\_\_\_\_

ਖਾਤਾ (ਖਾਤੇ): \_\_\_\_\_

ਪਿਆਰੇ ਮਰੀਜ਼: \_\_\_\_\_

Enloe Health ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵੈੱਬੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਵਚਨਬੱਧ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਸਹਿਤ ਦਾ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਬੀਮਾ ਤਾਂ ਹੈ ਪਰ ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਹੋਰ ਵੀ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਚਿਕਿਤਸਕ ਖਰਚੇ ਹਨ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਅਸੀਂ ਸਮਝ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਸਹਿਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਬੀਮਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚੇ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਨ ਇੱਕ ਘਾਤਕ ਬੋਝ ਨਹੀਂ ਬਣਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਦੱਸਿਆ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਵੈੱਬੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵੈੱਬੀ Enloe Health ਵੱਖ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ। ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਵੈੱਬੀ ਸਹਾਇਤਾ ਬਹੁਤ ਸੀਮਤ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਨਰਿਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਕੌਣ ਇਸਦੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ, ਸਾਡੀ ਨੀਤੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਫੈਡਰਲ ਆਮਦਨ ਸੰਬੰਧੀ ਦਸ਼ਾ-ਨਰਿਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵੈੱਬੀ ਕਰਾਂਗੇ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਹਿਤ ਦਾ ਬੀਮਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇੱਕ ਵਾਧੂ ਮਾਪਦੰਡ ਲਾਗੂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਜੋ ਇਹ ਇਹ ਨਰਿਧਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚਿਆਂ ਕਾਰਨ ਪੂਰੀ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਵੈੱਬੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਸਾਡੇ ਇਸ ਮੁਲਾਂਕਣ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨਾਲ ਅਟੈਚ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਆਈਟਮਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਨੂੰ ਭੇਜਣ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

#### ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼:

1. ਗੁਪਤ ਵੈੱਬੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਦੇ ਦੋਵੇਂ ਪਾਸਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ (ਅਟੈਚ)
2. Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵੱਲੋਂ ਕਸਿ ਵੀ ਇਨਕਾਰੀ ਪੱਤਰਾਂ/ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਦੀ ਕਾਪੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)
3. ਆਪਣੇ ਆਖਰੀ ਬੈਂਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ, ਚੈਕਬੁਕ ਅਤੇ ਸੇਵਿੰਗ, ਸਾਰੇ ਪੇਜ।
4. ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮਨੀ ਮਾਰਕਟਿੰਗ ਦੇ ਖਾਤੇ, ਸਟਾਕ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਆਮਦਨ ਵਾਲੀਆਂ ਹੋਰ ਜਾਇਦਾਦਾਂ ਹਨ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਹਰੇਕ ਖਾਤੇ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਦੇਖਾਂਗੇ।  
ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ: ਜਦੋਂ ਅਸੀਂ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਹਸਿਬ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਯੋਗ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
5. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨੌਕਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਆਖਰੀ ਦੋ ਤਨਖਾਹਾਂ ਦੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।
6. ਜੇ ਨੌਕਰੀ ਨਰਿੰਤਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਤਨਖਾਹਾਂ ਦੇ ਸਬੂਤਾਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।
7. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਨੌਕਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਬੀਮੇ, ਸਟੇਟ ਅਪਗ੍ਰਾਂਤਾ ਜਾਂ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦਾ ਕੋਈ ਸਬੂਤ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।
8. ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਵੱਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਖਰਚਿਆਂ ਵਾਲਾ ਬੀਮਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ Enloe Health ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋਰ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਲਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਦੇਣਦਾਰੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)।
9. ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਅਤੇ ਇਸ ਵੈੱਬੀ ਆਪਣੀ ਵੈੱਬੀ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੈਂਕਿੰਗ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵੈੱਬੀ ਅਸਮਰੱਥ ਕੀਉ ਹੋ।  
ਤੁਹਾਡਾ ਨੈਜ਼ੀ ਪੱਤਰ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਨੂੰ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਵੈੱਬੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵੈੱਬੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਕੀਉ ਹੈ।

ਨੋਟ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵੈੱਬੀ ਅਸਮਰੱਥ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਮੁਸ਼ਕਲਾਂ ਬਾਰੇ ਪੱਤਰ ਵੈੱਬੀ ਵਰਣਨ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀਉ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਕਿ ਕਸਿ ਚੀਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਸਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੀ ਮਤੀ ਤੋਂ ਦੋ ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪੂਰੀਆਂ ਅਰਜ਼ੀਆਂ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਾਂਗੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਡੇ ਫੈਸਲੇ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗੇ।

ਸਤਕਿਰ ਨਾਲ,

ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਵੈੱਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ  
financialcounselors@enloe.org  
530-332-6350



ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਖਾਤਾ (ਖਾਤਿਆਂ) ਦੇ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_ ਸੇਵਾ (ਸੇਵਾਵਾਂ) ਦੀ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_

ਜ਼ਮਿੰਦਾਰ ਪਾਰਟੀ\*

ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ

ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_

ਵਿਵਾਹਿਕ ਸਥਿਤੀ (ਇੱਕ ਉੱਤਰ ਚੁਣੋ):    ਵਿਆਹਿਆ    ਸਿੰਗਲ    ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ    ਵਿਧਵਾ    ਅਣਵਿਆਹਿਆ    ਪਾਰਟਨਰ ਨਾਲ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਨਾਮ:

ਉਮਰ:

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:

- |          |       |       |
|----------|-------|-------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ | _____ |

ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

# ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸੇਵਾ ਅਤੇ ਛੋਟ ਨੀਤੀ (ਪੇਜ 2 / 2)

## ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਘਰੇਲੂ ਆਮਦਨ

ਤਨਖਾਹਾਂ ਤੋਂ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ: \$ \_\_\_\_\_ ਕਰਿਏ ਤੋਂ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਆਮਦਨ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਜਨਤਕ ਸਹਾਇਤਾ/ਫੂਡ ਸਟੈਂਪਸ: \$ \_\_\_\_\_ ਗ੍ਰਾਂਟਾਂ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਸਾਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ: \$ \_\_\_\_\_ ਕਾਮਿਆਂ ਦਾ ਮੁਆਵਜ਼ਾ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਮੁਆਵਜ਼ਾ: \$ \_\_\_\_\_ ਕੋਈ ਹੋਰ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ / ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ: \$ \_\_\_\_\_

## ਮੁਦਰਾ ਸੰਪਤੀਆਂ

ਬੱਚਤ ਜਾਂ ਮਨੀ ਮਾਰਕੀਟ: \$ \_\_\_\_\_ ਸਟਾਕ ਦਾ ਮੁੱਲ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਡਵੀਡੈਂਟ: \$ \_\_\_\_\_ ਵਿਆਜ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਨਵਿਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਇਦਾਦ: \$ \_\_\_\_\_ IRAs: \$ \_\_\_\_\_  
 ਕੋਈ ਹੋਰ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਕੁੱਲ ਸੰਪਤੀਆਂ: \$ \_\_\_\_\_

## ਖਰਚੇ

ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਘਰ/ਕਰਿਏ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ: \$ \_\_\_\_\_ ਮੈਡੀਕਲ/ਡੈਂਟਲ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ: \$ \_\_\_\_\_ ਆਵਾਜਾਈ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਉਪਯੋਗਤਾਵਾਂ/ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ: \$ \_\_\_\_\_ ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ/ਟਿਊਸ਼ਨ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਭੋਜਨ/ਘਰ/ਨਜ਼ੀ ਲੋੜਾਂ: \$ \_\_\_\_\_ ਕੋਈ ਹੋਰ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ/ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ: \$ \_\_\_\_\_  
 ਕੁੱਲ ਖਰਚੇ: \$ \_\_\_\_\_

ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ **Enloe Health** ਨੂੰ ਕਸਿ ਵੀ ਅਤੇ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਜਿਸ ਵੱਧ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟ, ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਮੁਦਰਾ ਸੰਪਤੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਸਬੂਤ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਮੈਂ ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦੱਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਬਿਆਨ ਸੱਚੇ ਹਨ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਪੂਰੇ ਹਨ। ਜੇ ਇਹ ਨਰਿਧਾਰਤਿ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਧੂਰੀ ਜਾਂ ਗਲਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਬਲਿ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਛੋਟ ਵਾਪਸ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਤੋਂ ਪੂਰੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਕਸਿ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ, ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਮੁਆਵਜ਼ੇ ਜਾਂ ਕਸਿ ਤੀਜੀ ਪਾਰਟੀ ਤੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਅਜਹਿ ਭੁਗਤਾਨ ਬਾਰੇ **Enloe Health** ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਮਿਤ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਕੋਈ ਤੀਜੀ ਪਾਰਟੀ **Enloe Health** ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਪੂਰਾ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਅਸਲ, ਪੂਰੇ ਬਲਿ ਕੀਤੇ ਖਰਚੇ ਖਰਚਿਆਂ ਨੂੰ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਮਤਿਤੀ

ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਮਤਿਤੀ

\*ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

\*\*ਕੁੱਝ ਮੁਫਤ ਉਪਭੋਗਤਾ ਐਡਵੋਕੇਸੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਮੌਜੂਦ ਹਨ ਜੋ ਬਲਿਗਿ ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਕਰਿਯਾ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਵੱਧ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਗੀਆਂ।  
 ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਕੰਜ਼ਿਊਮਰ ਅਲਾਇੰਸ (Health Consumer Alliance) ਨੂੰ 888-804-3536 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org) 'ਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।