



FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Instructions

For free help completing this application, please contact Patient Financial Services by phone at **1-866-967-4677 (TTY: 711)** (8am to 4:30pm, Monday to Friday) or in person at 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 (8am to 4:30pm, Monday to Friday).

For more information about financial assistance options, please visit us online at **scvh.org/bill-help**.

Please fill out this entire application and return it to Patient Financial Services:

- **by fax** at 1-408-494-7848
- **by mail or in person** at 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128, or
- **by e-mail** at HHSVCAApp@hhs.sccgov.org

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

You must also provide at least one of each of the following documents in support of your application:

1. **Proof of identity** (for example: driver's license, passport, government-issued ID, work or school ID, or birth certificate plus gym or other ID);
2. **Proof of income** (for example: recent pay stubs, income tax returns, Social Security award letter, award letters for other benefits, military benefits statements, and/or rental income receipts, as applicable); and
3. **Proof of residency** (for example: rental contract/lease/mortgage, utility bill, vehicle registration, or declaration of homelessness).

Eligibility for some healthcare coverage programs may require additional documentation. If more documents are required, you will be instructed which documents to provide.

County residents who only seek to qualify for a partial discount under the CSCHS Healthcare Access Program (HAP) (i.e., self-pay or high medical cost patients with incomes above 400% but below 650% of the Federal Poverty Level) only need to submit recent pay stubs or income tax returns as proof of income.

To obtain this application and related information in another language or in an accessible alternative format—including, but not limited to, large print, braille, audio, and electronic formats that are accessible and may be read by a screen reader in a logical reading order—please contact Patient Financial Services at 1-866-967-4677 (TTY: 711).



Background Information

Legal Name (Last, First, Middle):	
Gender:	Preferred language:
E-mail address:	<input type="checkbox"/> Check here to consent to receive updates about this application by secure e-mail
Phone number: () -	Mailing address (including city, state, zip code):
U.S. Citizen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Resident of Santa Clara County? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
U.S. Veteran? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Lawful Permanent Resident / Green Card Holder? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Mother's Maiden Name:	If yes, for how long? _____ Years _____ Months
Applicant's work status: <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> N/A	
Most recent workplace name & phone number: _____ / () -	
Dates of most recent employment/self-employment: ___ / ___ / ___ to ___ / ___ / ___	
Spouse's/domestic partner's work status: <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> N/A	
Most recent workplace name & phone number: _____ / () -	
Dates of most recent employment/self-employment: ___ / ___ / ___ to ___ / ___ / ___	
Disability expected to last 12 months or longer? <input type="checkbox"/> Yes, me <input type="checkbox"/> Yes, my spouse/domestic partner <input type="checkbox"/> No	

Household Status

Please list all members of your family below, including yourself, your spouse or domestic partner, and dependent children under age 21 (whether living at home or not). Please also check the box () if you claim the person on your tax return.

Legal Name (Last, First, Middle)	Date of Birth (Month/Day/Year)	Relation to You	Social Security Number (if applicable)
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			



Healthcare Insurance and Access

Do you have health insurance (including, but not limited to, Medicare, Medi-Cal, a Covered California plan, employer-sponsored coverage, and/or other third-party coverage for healthcare-related expenses)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name(s) of insurance(s):
Insurance contact number(s): () - () -
If you were injured, were your injuries caused by a third party (such as during a car accident or a slip and fall)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have other insurance that may apply (like an auto policy)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Did you or your family pay any out-of-pocket healthcare expenses (such as copayments, coinsurance, deductibles, and bills not covered by insurance) in the past 12 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, please state the total amount paid: \$ _____
(If applicable) I have a primary care physician at: <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> a community clinic
(If applicable) Name of primary care physician:

Current Monthly Income

Please fill out the below table using **total gross income (i.e., before tax) numbers for all members of your family** (including yourself, your spouse or domestic partner, and dependent children under age 21, whether living at home or not).

Monthly Income Source	Gross Amount	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY
1. Income from work (salary, wages, cash earnings, and other compensation)	\$ _____	
2. Income from operating a business (if self-employed)	\$ _____	
3. Income from interest and dividends	\$ _____	
4. Income from real estate or personal property	\$ _____	
5. Income from Social Security	\$ _____	
6. Other income (specify)	\$ _____	
7. Alimony or Child Support Payments Received	\$ _____	
8. Total income excluding alimony / child support payments received (add boxes 1 through 6 above)	\$ _____	Total gross monthly income: \$ _____
		Family Size: _____
		FPL Level: _____



Important Notice Relating the Healthcare Access Program (HAP)

Remember: To qualify for charity care or a discount under the CSCHS Healthcare Access Program (HAP), you must make all reasonable efforts to submit your Financial Assistance Application to CSCHS within 180 days of being sent your first billing statement for a particular episode of care. **If you submit your application after this 180-day timeframe, you must explain why there is good cause for the delay using the space below.** You may submit additional documents in support of your explanation. CSCHS may also contact you to request additional information.

Declaration and Signature

I declare under penalty of perjury that the information I have provided in this application is true and correct to the best of my knowledge, and that where I did not already know the answer to any question, I made every reasonable attempt to confirm the answer with someone who did know. I understand that I must inform the County of Santa Clara Health System (CSCHS) of any change in my residency, financial status, household size, and/or eligibility for insurance coverage within 60 days of when the change occurs or at the next point of service, whichever is earlier. I consent to release my health record information in order to receive collaborative healthcare with providers that contract with the County of Santa Clara, as well as to the County of Santa Clara Social Services Agency for purposes of determining Medi-Cal eligibility and sharing information about my Medi-Cal status. I authorize CSCHS to request a credit report and/or to verify any of the information in this application as it deems necessary.

Date

Signature



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Instrucciones

Si desea recibir ayuda gratuita para llenar esta solicitud, por favor póngase en contacto con Servicios Financieros para Pacientes por teléfono al **1-866-967-4677 (TTY: 711)** 8 a. m. a 4:30 p. m., lunes a viernes) o personalmente en 770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA, 95128 (8 a. m. a 4:30 p. m., lunes a viernes).

Si desea obtener más información sobre opciones de asistencia financiera, por favor visítenos en línea en **scvh.org/bill-help**.

Por favor llene completamente esta solicitud y devuélvala a Servicios Financieros para Pacientes:

- **por fax** al 1-408-494-7848
- **por correo postal o personalmente** en 770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA 95128, o
- **por correo electrónico** a HHSVCAApp@sccgov.org

Nota: Si opta por enviarnos un correo electrónico, le recomendamos cifrar su mensaje para proteger la privacidad y seguridad de sus documentos personales.

También debe proporcionar al menos uno de cada uno de los siguientes documentos como respaldo de su solicitud:

1. **Comprobante de identidad** (por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte, identificación emitida por el gobierno, identificación de la escuela o el empleo o acta de nacimiento más identificación del gimnasio o de otro tipo).
2. **Comprobante de ingresos** (por ejemplo, recibos de pago recientes, devoluciones fiscales, carta de concesión del Seguro Social, cartas de concesiones para otros beneficios, estados de cuenta de beneficios militares y/o recibos de ingresos por percepción de alquileres, según corresponda) y
3. **Comprobante de residencia** (por ejemplo, contrato de renta/arrendamiento/hipoteca, recibo de servicios, registro del vehículo o declaración de desamparo).

La elegibilidad para algunos programas de cobertura de atención médica puede requerir información adicional. Si se requieren más documentos, se le indicará qué documentos proporcionar.

Los residentes del condado que únicamente busquen calificar para un descuento parcial con base en el Programa de Acceso a la Atención Médica del CSCHS (HAP), (es decir, los pacientes que pagan por cuenta propia o con costos médicos elevados que perciben ingresos superiores al 400 % pero inferiores al 650 % del Nivel Federal de Pobreza) solo necesitan presentar recibos de pago recientes o devoluciones fiscales como comprobante de ingresos.

Para obtener esta solicitud e información relacionada en otro idioma o en un formato alternativo accesible (incluyendo, entre otros, letra grande, braille, audio y formatos electrónicos que sean accesibles y puedan ser leídos por un lector de pantalla en un orden de lectura lógico) por favor contacte a Servicios Financieros para Pacientes al 1-866-967-4677 (TTY: 711).



Información de referencia:

Nombre legal (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre):	
Género:	Idioma de preferencia:
Dirección de correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Marque aquí para manifestar su consentimiento para recibir actualizaciones sobre esta aplicación por medio de correo electrónico seguro
Número de teléfono: () -	Dirección postal (incluyendo ciudad, estado, código postal):
¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Residente del Condado de Santa Clara? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Veterano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Residente legal permanente? / ¿titular de una tarjeta de residencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de soltera de la madre:	¿Durante cuánto tiempo? _____ Años ____ Meses
Situación laboral del solicitante: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> N/A	
Nombre y número de teléfono del lugar de trabajo más reciente: _____ / () -	
Fechas en las que estuvo empleado/trabajó por su cuenta más recientemente: ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___	
Situación laboral del cónyuge/pareja doméstica: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> N/D	
Nombre y número de teléfono del lugar de trabajo más reciente: _____ / () -	
Fechas en las que estuvo empleado/trabajó por su cuenta más recientemente: ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___	
¿Se prevé que la incapacidad dure 12 meses o más? <input type="checkbox"/> Sí, yo <input type="checkbox"/> Sí, mi cónyuge/pareja doméstica <input type="checkbox"/> No	

Situación doméstica

Por favor mencione a continuación a todos los miembros de su familia, incluyéndose a usted mismo, su cónyuge o pareja doméstica y dependientes menores de 21 años (independientemente de si viven en casa o no). Por favor también marque la casilla () si usted reclama a la persona que aparece en su devolución fiscal.

Nombre legal (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Relación con usted:	Número de Seguro Social (si corresponde)
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			



Seguro de Atención Médica y Acceso

¿Tiene seguro de atención médica (incluyendo, entre otros, Medicare, Medi-Cal, un plan de Covered California, cobertura pagada por el empleador y/u otra cobertura de terceros para gastos relativos a la atención médica)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre o nombres de la compañía de seguros:
Número de contacto de la compañía de seguros: () - () -
En caso de que haya sufrido lesiones, ¿sus lesiones fueron causadas por un tercero (por ejemplo, durante un accidente de automóvil o una caída)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuenta con algún otro seguro que pueda aplicar (como una póliza de auto)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted o su familia pagó gastos de atención médica por cuenta propia (como copagos, coaseguros, deducibles y facturas no cubiertas por la compañía de seguros) en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, indique el monto total pagado: \$ _____
(Si corresponde) Tengo un médico de atención primaria en: <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> una clínica comunitaria
(Si corresponde) Nombre del médico de atención primaria:

Ingreso mensual actual

Por favor llene la tabla siguiente indicando **cantidades de ingreso bruto total (es decir, antes de impuestos) para todos los miembros de su familia**, incluyéndose a usted mismo, su cónyuge o pareja doméstica y dependientes menores de 21 años (independientemente de si viven en casa o no).

Fuente del ingreso mensual	Importe bruto	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY
1. Ingresos derivados del trabajo (salario, sueldos, ingresos en efectivo y otras compensaciones)	\$ _____	Total gross monthly income: \$ _____ Family Size: _____ FPL Level: _____
2. Ingresos derivados de la operación de un negocio (se trabaja por su cuenta)	\$ _____	
3. Ingresos derivados de intereses y dividendos	\$ _____	
4. Ingresos derivados de bienes inmuebles o bienes muebles	\$ _____	
5. Ingresos percibidos del Seguro Social	\$ _____	
6. Otros ingresos (especifique)	\$ _____	
7. Pagos recibidos de pensión alimenticia y ayuda a los hijos	\$ _____	
8. Ingresos totales excluyendo pagos recibidos de pensión alimenticia / ayuda a los hijos (agregar casillas 1 a la 6 arriba)	\$ _____	



Aviso importante en relación con el Programa de Acceso a la Atención Médica (HAP)

Recuerde: Para calificar para beneficencia o un descuento con base en el Programa de Acceso a la Atención Médica del CSCHS (HAP), usted debe hacer todo lo posible por presentar su Solicitud de Asistencia Financiera al CSCHS en un plazo de 180 días después de haber recibido su primer estado de cuenta para un episodio de atención específico. **Si presenta su solicitud después de este periodo de 180 días, debe explicar por qué hay una causa justificada para el retraso empleado el espacio que aparece a continuación.** Puede presentar otros documentos para respaldar su explicación. CSCHS también puede ponerse en contacto con usted para solicitar información adicional.

Declaración y Firma

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es fiel y correcta a mi leal saber y entender, y que en los casos en los que no sabía aún la respuesta a alguna pregunta, hice todos los intentos razonables de confirmar la respuesta con alguien que sí la sabía. Entiendo que debo informar al Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS) sobre cualquier cambio en mi residencia, situación financiera, número de integrantes de la familia y/o elegibilidad para una cobertura de seguros antes de 60 días o cuando el cambio ocurra o en el siguiente punto del servicio, lo que se produzca primero. Acepto divulgar la información de mi historial médico con el fin de recibir atención médica colaborativa con proveedores que tengan contrato con el Condado de Santa Clara, así como a la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara para fines de determinar la elegibilidad para Medi-Cal y compartir información sobre mi situación en Medi-Cal. Autorizo a CSCHS solicitar un informe de crédito y/o a verificar cualquier parte de la información contenida en esta solicitud según juzgue necesario.

Fecha

Firma



NỘP ĐƠN ĐĂNG KÝ XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Hướng dẫn

Để được trợ giúp miễn phí hoàn tất đơn đăng ký này, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch vụ tài chính Patient Financial Services qua điện thoại số **1-866-967-4677 (TTY: 711)** (8 giờ sáng đến 4 giờ 30 chiều, thứ hai đến thứ sáu) hoặc đến trực tiếp tại 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 (8 giờ sáng đến 4 giờ 30 chiều, từ thứ hai đến thứ sáu).

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn hỗ trợ tài chính, vui lòng vào mạng của chúng tôi tại scvh.org/bill-help.

Vui lòng điền toàn bộ mẫu đơn này và gửi lại cho Phòng Dịch vụ tài chính:

- **bằng fax** theo số 1-408-494-7848
- **qua bưu điện hoặc đến nộp trực tiếp** tại 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128, hoặc
- **qua e-mail** cho HHSVCAApp@hhs.sccgov.org

Lưu ý: Nếu quý vị chọn cách gửi email cho chúng tôi, chúng tôi khuyên quý vị nên mã hóa thư gửi của mình để bảo vệ quyền riêng tư và bảo mật cho tài liệu cá nhân của quý vị.

Quý vị cũng phải cung cấp ít nhất một trong các tài liệu sau để hỗ trợ cho đơn đăng ký của mình:

1. **Bằng chứng về nhận dạng** (ví dụ: bằng lái xe, hộ chiếu, căn cước do chính phủ cấp, thẻ nhận dạng của cơ quan hoặc trường học hoặc giấy khai sinh cộng với thẻ thành viên phòng tập thể dục hoặc thẻ nhận dạng khác);
2. **Bằng chứng về thu nhập** (ví dụ: cuống phiếu lương gần đây, tờ khai thuế thu nhập, thư cấp cho An sinh xã hội, thư chứng nhận nhận các phúc lợi khác, báo cáo phúc lợi của quân đội và/hoặc biên lai thu nhập cho thuê, nếu có thể áp dụng); và
3. **Bằng chứng nơi cư trú** (ví dụ: hợp đồng thuê/cho thuê/mua nhà trả góp, hóa đơn điện nước, giấy phép lưu hành xe hoặc giấy khai vô gia cư).

Việc đủ điều kiện cho một số chương trình chăm sóc sức khỏe có thể cần thêm giấy tờ bổ sung. Nếu cần thêm giấy tờ, quý vị sẽ được hướng dẫn về những giấy tờ cần cung cấp.

Những cư dân của Hạt mà ai chỉ muốn đủ điều kiện được giảm giá một phần theo Chương trình giúp tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Healthcare Access Program: HAP) CSCHS (tức là bệnh nhân tự chi trả hoặc có chi phí y tế cao cùng với thu nhập trên 400% nhưng dưới 650% Mức sống thấp của Liên bang (Federal Poverty Level) chỉ cần gửi cuống phiếu lương gần đây hoặc tờ khai thuế thu nhập làm bằng chứng thu nhập.

Để nhận được đơn này và thông tin có liên quan bằng một ngôn ngữ khác hoặc hình thức khác để sử dụng—bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở, các hình thức chữ in lớn, chữ nổi braille, âm thanh và phương tiện điện tử mà lập trình đọc trên màn ảnh có thể truy cập được và đọc chữ theo trình tự hợp lý—vui lòng liên hệ với Phòng Dịch vụ Tài chính Patient Financial Services số 1-866-967-4677 (TTY: 711).



Thông tin lý lịch

Tên trên giấy tờ (họ, tên, chữ lót):	
Giới tính:	Ngôn ngữ ưa dùng:
Địa chỉ email:	<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây để ược thuận nhận những thông tin cập nhập về đơn này qua email bảo mật.
Số điện thoại: () -	Địa chỉ nhà (bao gồm thành phố, tiểu bang, mã bưu điện):
Công dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Cư dân của Hạt Santa Clara? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Cựu binh Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thường trú nhân hợp pháp/ người có thẻ xanh? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Họ của mẹ trước kết hôn:	Nếu có, cho bao lâu? _____ Năm _____ Tháng
Tình trạng làm việc của người nộp đơn: <input type="checkbox"/> Đang đi làm <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> không có câu trả lời thích hợp	
Tên và số điện thoại nơi làm việc mới đây nhất: _____ / () -	
Ngày làm việc/tự làm chủ gần đây nhất: ____ / ____ / ____ đến ____ / ____ / ____	
Tình trạng công việc của vợ /chồng /bạn tình sống chung: <input type="checkbox"/> Đang đi làm <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> không có câu trả lời thích hợp	
Tên và số điện thoại nơi làm việc gần đây nhất: _____ / () -	
Ngày làm việc/tự kinh doanh gần đây nhất: ____ / ____ / ____ đến ____ / ____ / ____	
Có tình trạng khuyết tật dự kiến sẽ kéo dài ít nhất là 12 tháng? <input type="checkbox"/> Có, là tôi <input type="checkbox"/> Có, là vợ/chồng/bạn tình chung sống của tôi <input type="checkbox"/> Không	

Tình trạng hộ gia đình

Vui lòng liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình quý vị dưới đây, bao gồm cả quý vị, vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung của quý vị và con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi (dù có sống ở nhà hay không). Ngoài ra, vui lòng đánh dấu vào ô () nếu quý vị có khai người đó trên tờ khai thuế của mình.

Tên trên giấy tờ (Họ, Tên, chữ lót):	Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm)	Mối quan hệ với quý vị	Số an sinh xã hội (nếu có được)
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			



Tiếp cận chăm sóc y tế và Bảo hiểm y tế

Quý vị có bảo hiểm y tế không (bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở Medicare, Medi-Cal, chương trình Covered California, bảo hiểm do nơi làm việc tài trợ và/hoặc chi trả từ bên thứ ba cho các chi phí liên quan đến chăm sóc sức khỏe)? Có Không

(Các) tên của (các) bảo hiểm:

(Các) số điện thoại để liên hệ bảo hiểm: () - | () -

Nếu quý vị bị chấn thương, chấn thương của quý vị có phải do bên thứ ba gây ra không (chẳng hạn như do tai nạn ô tô hoặc trượt ngã)? Có Không

Quý vị có bảo hiểm khác có thể dùng không (như bảo hiểm ô tô)? Có Không

Quý vị hoặc gia đình quý vị đã phải tự chi trả bất kỳ chi phí chăm sóc sức khỏe nào (chẳng hạn như các khoản tiền phụ trả, phụ phí bảo hiểm, thanh toán khấu trừ và các hóa đơn không được bảo hiểm đài thọ) trong 12 tháng qua không? Có Không

Nếu có, vui lòng cho biết tổng số tiền đã trả: \$ _____

(Nếu có được) Tôi có bác sĩ gia đình tại: CSCHS phòng khám cộng đồng

(Nếu có được) Tên bác sĩ gia đình:

Thu nhập hàng tháng hiện tại

Vui lòng điền vào bảng bên dưới bằng cách sử dụng các con số tổng thu nhập (tức là trước trừ thuế) cho tất cả các thành viên trong gia đình quý vị (bao gồm cả quý vị, vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung của quý vị và con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi, dù có sống ở chung nhà hay không).

Nguồn thu nhập hàng tháng	Tổng số tiền	<p>DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY</p> <p>Total gross monthly income:</p> <p>\$ _____</p> <p>Family Size:</p> <p>_____</p> <p>FPL Level:</p> <p>_____</p>
1. Thu nhập từ công việc (tiền lương, tiền công, tiền mặt kiếm được và các khoản thù lao khác)	\$	
2. Thu nhập từ hoạt động kinh doanh (nếu tự làm chủ)	\$	
3. Thu nhập từ tiền lãi và cổ phần được chia	\$	
4. Thu nhập từ bất động sản, tài sản cá nhân	\$	
5. Thu nhập từ An sinh xã hội	\$	
6. Thu nhập khác (ghi rõ)	\$	
7. Tiền cấp dưỡng từ vợ chồng cũ hoặc tiền cấp dưỡng con cái đã nhận được	\$	
8. Tổng thu nhập ngoại trừ tiền cấp dưỡng / tiền hỗ trợ nuôi con được nhận (cộng lại các ô từ 1 đến 6 ở trên)	\$	



Thông báo quan trọng liên quan đến Chương trình Healthcare Access Program (HAP)

Hãy nhớ: Để đủ điều kiện nhận chăm sóc từ thiện hoặc giảm giá theo Chương trình giúp tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe CSCHS (HAP), quý vị phải thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để nộp Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của mình tới CSCHS trong vòng 180 ngày kể từ ngày nhận được hóa đơn đầu tiên của một khoảng thời gian chăm sóc sức khỏe cụ thể. **Nếu quý vị nộp đơn đăng ký sau khung thời gian 180 ngày này, quý vị phải sử dụng khoảng trống bên dưới giải thích tại sao và có lý do chính đáng của sự chậm trễ.** Quý vị có thể gửi giấy tờ bổ sung để hỗ trợ cho sự giải thích của mình. CSCHS cũng có thể liên hệ với quý vị để yêu cầu thêm thông tin.

Tuyên bố và chữ ký

Tôi tuyên bố tuân theo hình phạt khai man rằng thông tin tôi cung cấp trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi và khi tôi chưa biết câu trả lời cho bất kỳ câu hỏi nào, tôi đã thực hiện mọi cố gắng hợp lý để xác định câu trả lời với một người nào đó đã biết. Tôi hiểu rằng tôi phải thông báo cho Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara (CSCHS) về bất kỳ thay đổi nào về nơi cư trú, tình trạng tài chính, số người trong hộ gia đình và/hoặc khả năng đủ điều kiện được bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ khi thay đổi xảy ra hoặc tại thời điểm tiếp theo của dịch vụ, tùy theo thời điểm nào đến trước. Tôi ưng thuận tiết lộ thông tin hồ sơ sức khỏe của mình để nhận được sự phối hợp chăm sóc sức khỏe từ các nhà cung cấp có hợp đồng với Hạt Santa Clara, cũng như với Cơ quan Dịch vụ Xã hội của Hạt Santa Clara (County of Santa Clara Social Services Agency) nhằm mục đích xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal và chia sẻ thông tin về tình trạng Medi-Cal của tôi. Tôi cho phép CSCHS lấy yêu cầu báo cáo tín dụng và/hoặc xác minh bất kỳ thông tin nào trong đơn đăng ký này nếu cho rằng là cần thiết.

Ngày

Chữ ký

經濟援助申請表

說明

要獲得完成此申請的免費協助，請致電 **1-866-967-4677 (TTY: 711)**（上午 8 點至下午 4:30，週一至週五）聯繫患者金融服務部，或親自前往 **770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128**（上午 8 點至下午 4:30，週一至週五）。

欲獲得有關經濟援助選項的更多資訊，請在線訪問我們 scvh.org/bill-help。

請填寫此完整申請表並將其返回至患者金融服務部：

- 透過傳真，傳真號碼為 1-408-494-7848
- 透過郵寄或當面提交，地址為 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128，或
- 透過電子郵件發送至 HHSVCApp@hhs.sccgov.org

註釋：如果您選擇透過電子郵件發送給我們，我們建議您對消息進行加密以保護您個人文件的隱私和安全。

您也必須提供如下文件的至少一種以支持您的申請：

1. 身份證明（如：駕照、護照、政府簽發的身份證、工作或學校證件或出生證加健身房或其他身份證）；
2. 收入證明（如：最近的工資單、所得稅申報表、社會保險證明信、其他福利證明信、軍人福利聲明和/或租賃收入收據，如使用）；和
3. 居住證明（如：租賃合同/租契/抵押、水電費賬單、車輛登記或無家可歸申報單）。

一些醫療保健保險計劃的資格可能要求其他證明文件。如果要求更多證明文件，將告知您需提供何種文件。

僅力圖符合 CSCHS 醫療保健獲取計劃（HAP）的本縣居民（即自費或醫療費用太高且收入高於聯邦貧窮標準的 400% 但低於 650% 的患者），只需提交最近的工資單或所得稅申報表作為收入證明。

如需以其他語言獲得此申請和相關的資訊或以不同格式訪問——包括但不限於大字體印刷、盲字、音頻和可訪問且可透過邏輯閱讀順序以屏幕閱讀器閱讀的電子格式——請致電 1-866-967-4677 (TTY: 711) 聯繫患者金融服務部。



背景資訊

法定姓名 (姓氏、名字、中間名) :	
性別 :	首選語言 :
電子郵件地址 :	<input type="checkbox"/> 查看這裡同意透過安全的電子郵件接收有關此申請的更新
電話號碼 : ()	郵寄地址 (包括城市、州、郵編) :
是否是美國公民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否是聖塔克拉拉縣居民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否是美國退伍軍人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否是合法永久居民 / 綠卡持有者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
母親的婚前姓氏	如果回答是「是」, 居住了多久? _____年 _____個月
申請者的工作狀態: <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自主經營 <input type="checkbox"/> 不適用	
最近的工作地點名稱和電話號碼: _____ / () -	
最近被雇用/自主經營日期: ___/___/___ 至 ___/___/___	
配偶/同居伴侶的工作狀態: <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自主經營 <input type="checkbox"/> 不適用	
最近的工作地點名稱和電話號碼: _____ / () -	
最近被雇用/自主經營日期: ___/___/___ 至 ___/___/___	
殘疾預期持續 12 個月或更久? <input type="checkbox"/> 是, 我是 <input type="checkbox"/> 是, 我的配偶/同居伴侶是 <input type="checkbox"/> 否	

家庭狀況

請在下方列出您所有的家庭成員包括您自己、您的配偶或同居伴侶以及年齡在 21 歲以下的受撫養子女 (無論是否在家居住)。如果您在您的納稅申報單上提到此人, 請勾選複選框 ()。

法定姓名 (姓氏、名字、中間名)	出生日期 (月/日/年)	與您的關係	社會保險號 (如適用)
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			



醫療保健保險和獲取

您有健康保險（包括但不限於 Medicare、edi-Cal、加州全保計劃、雇主出資保險和/或其他第三方與醫療保健支出相關的保險）嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保險公司名稱：
保險公司聯繫電話：() - () -
如果您受傷，此傷是否由第三方造成（如車禍或滑到和摔倒）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否有其他適用的保險（如汽車保險單）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
在過去 12 個月，您或您的家人是否支付任何自費醫療保健支出（如部分負擔金額、共同保險、免賠額以及保險沒有承保的賬單）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果是，請說明已支付的總金額： _____ 美元
(如適用) 我有初級護理醫師，來自： <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> 社區診所
(如適用) 初級護理醫師的姓名：

目前的月收入

請在填寫下方表格，使用您所有家庭成員的總收入（即稅前）數（包括您自己、您的配偶或同居伴侶以及年齡在 21 歲以下的受撫養子女，無論是否在家居住）。

月收入來源	總收入	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY Total gross monthly income: \$ _____ Family Size: _____ FPL Level: _____
1.來自工作的收入（薪水、工資、現金收入和其他補償）	美元	
2.企業經營收入（如自主經營）	美元	
3.利息和股息收入	美元	
4.房地產或個人財產收入	美元	
5.社會保險收入	美元	
6.其他收入（請註明）	美元	
7.收到的贍養費或子女撫養費	美元	
8.不包括收到的贍養費 / 子女撫養費的總收入（上述 1 到 6 項添加勾選框）	美元	



與醫療保健獲取計劃 (HAP) 相關的重要通知

謹記：要滿足慈善醫療或 CSCHS 醫療保健獲取計劃 (HAP) 折扣的資格，您必須做出所有合理努力在特定護理時期發送您的首個賬單明細的 180 天內向 CSCHS 提交您的經濟援助申請。如果您在此 180 天時間框架後提交您的申請，您必須使用如下空白處解釋造成此延誤的合理理由。您必須提交支持您解釋的其他文件。CSCHS 也可能會聯繫您要求其他資訊。

宣言和簽名

我宣誓在偽證罪懲罰下我在此申請中所提供的資訊是真實且據我所知是正確的，對於我不知道回答的任何問題，我已採取合理的方法與知道此類問題回答的人確認了回答。我理解我必須對我的住處、財務狀況、家庭規模和/或保險承保的任何變更在變更出現的 60 天內或下一次的服務時間點（以較早出現者為準）通知聖塔克拉拉縣衛生系統（CSCHS）。我同意發佈我的健康記錄資訊以收到與聖塔克拉拉縣有合約提供商提供的協作性醫療保健，以及聖塔克拉拉縣社會服務機構出於確定 Medi-Cal 資格之目的並分享我的 Medi-Cal 狀態資訊。我授權 CSCHS 請求征信報告和/或根據需要驗證在此申請表中所提供的任何資訊。

日期

簽名

经济援助申请表

说明

要获得完成此申请的免费协助，请致电 **1-866-967-4677 (TTY: 711)**（上午 8 点至下午 4:30，周一至周五）联系患者金融服务部，或亲自前往 **770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128**（上午 8 点至下午 4:30，周一至周五）。

欲获得有关经济援助选项的更多信息，请在线访问我们 scvh.org/bill-help。

请填写此完整申请表并将其返回至患者金融服务部：

- 通过传真，传真号码为 **1-408-494-7848**
- 通过邮寄或当面提交，地址为 **770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128**，或
- 通过电子邮件发送至 HHSVCApp@hhs.sccgov.org

备注：如果您选择通过电子邮件发送给我们，我们建议您对消息进行加密以保护您个人文件的隐私和安全。

您也必须提供如下文件的至少一种以支持您的申请：

1. **身份证明**（如：驾照、护照、政府签发的身份证、工作或学校证件或出生证加健身房或其他身份证）；
2. **收入证明**（如：最近的工资单、所得税申报表、社会保险证明信、其他福利证明信、军人福利声明和/或租赁收入收据，如使用）；和
3. **居住证明**（如：租赁合同/租契/抵押、水电费账单、车辆登记或无家可归申报单）。

一些医疗保健保险计划的资格可能要求其他证明文件。如果要求更多证明文件，将告知您需提供何种文件。

仅力图符合 **CSCHS** 医疗保健获取计划（**HAP**）的本县居民（即自费或医疗费用太高且收入高于联邦贫穷标准的 **400%** 但低于 **650%** 的患者），只需提交最近的工资单或所得税申报表作为收入证明。

如需以其他语言获得此申请和相关的信息或以不同格式访问——包括但不限于大字体印刷、盲字、音频和可访问且可通过逻辑阅读顺序以屏幕阅读器阅读的电子格式——请致电 **1-866-967-4677 (TTY: 711)** 联系患者金融服务部。



背景信息

法定姓名（姓氏、名字、中间名）：	
性别：	首选语言：
电子邮件地址：	<input type="checkbox"/> 查看 这里 同意通过安全的电子邮件接收有关此申请的更新
电话号码： () -	邮寄地址（包括城市、州、邮编）：
是否是美国公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否是圣克拉拉县居民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否是美国退伍军人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否是合法永久居民 / 绿卡持有者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
母亲的婚前姓氏：	如果回答是“是”，居住了多久？ _____ 年 _____ 个月
申请者的工作状态： <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自主经营 <input type="checkbox"/> 不适用 最近的工作地点名称和电话号码： _____ / () - 最近被雇用/自主经营日期： ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____	
配偶/同居伴侣的工作状态： <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自主经营 <input type="checkbox"/> 不适用 最近的工作地点名称和电话号码： _____ / () - 最近被雇用/自主经营日期： ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____	
残疾预期持续 12 个月或更久？ <input type="checkbox"/> 是，我是 <input type="checkbox"/> 是，我的配偶/同居伴侣是 <input type="checkbox"/> 否	

家庭状况

请在下方列出您所有的家庭成员包括您自己、您的配偶或同居伴侣以及年龄在 21 岁以下的受抚养子女（无论是否在家居住）。如果您您在您的纳税申报单上提到此人，请勾选复选框 (□)。

法定姓名 (姓氏、名字、中间名)	出生日期 (月/日/年)	与您的关系	社会保险号 (如适用)
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			



医疗保健保险和获取

您有健康保险（包括但不限于 Medicare、edi-Cal、加州全保计划、雇主出资保险和/或其他第三方与医疗保健支出相关的保险）吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保险公司名称：
保险公司联系电话： () - () -
如果您受伤，此伤是否由第三方造成（如车祸或滑到和摔倒）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否有其他适用的保险（如汽车保险单）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
在过去 12 个月，您或您的家人是否支付任何自费医疗保健支出（如部分负担金额、共同保险、免赔额以及保险没有承保的账单）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果是，请说明已支付的总金额： _____ 美元
（如适用）我有初级护理医师，来自： <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> 社区诊所
（如适用）初级护理医师的姓名：

目前的月收入

请在填写下方表格，使用您所有家庭成员的总收入（即税前）数（包括您自己、您的配偶或同居伴侣以及年龄在 21 岁以下的受抚养子女，无论是否在家居住）。

月收入来源	总收入	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY Total gross monthly income: \$ _____ Family Size: _____ FPL Level: _____
1.来自工作的收入（薪水、工资、现金收入和其他补偿）	美元	
2.企业经营收入（如自主经营）	美元	
3.利息和股息收入	美元	
4.房地产或个人财产收入	美元	
5.社会保险收入	美元	
6.其他收入（请注明）	美元	
7.收到的赡养费或子女抚养费	美元	
8.不包括收到的赡养费 / 子女抚养费的总收入（上述 1 到 6 项添加勾选框）	美元	



与医疗保健获取计划（HAP）相关的重要通知

谨记：要满足慈善医疗或 CSCHS 医疗保健获取计划（HAP）折扣的资格，您必须做出所有合理努力在特定护理时期发送您的首个账单明细的 180 天内向 CSCHS 提交您的经济援助申请。如果您在此 180 天时间框架后提交您的申请，您必须使用如下空白处解释造成此延误的合理理由。您必须提交支持您解释的其他文件。CSCHS 也可能会联系您要求其他信息。

宣言和签名

我宣誓在伪证罪惩罚下我在此申请中所提供的信息是真实且据我所知是正确的，对于我不知道回答的任何问题，我已采取合理的方法与知道此类问题回答的人确认了回答。我理解我必须对我的住处、财务状况、家庭规模和/或保险承保的任何变更在变更出现的 60 天内或下一次的服务时间点（以较早出现者为准）通知圣克拉拉县卫生系统（CSCHS）。我同意发布我的健康记录信息以收到与圣克拉拉县有合约提供商提供的协作性医疗保健，以及圣克拉拉县社会服务机构出于确定 Medi-Cal 资格之目并分享我的 Medi-Cal 状态信息。我授权 CSCHS 请求征信报告和/或根据需要验证在此申请表中所提供的任何信息。

日期

签名



APLIKASYON SA TULONG PINANSYAL

Mga Panuto

Para sa libreng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyon, mangyaring kontakin ang Patient Financial Services sa telepono **sa 1-866-967-4677 (TTY: 711)** (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes) o nang personal sa 770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA 95128 (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes).

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga mapagpipiliang tulong pinansyal, mangyaring bisitahin kami online sa **scvh.org/bill-help**.

Mangyaring punan itong buong aplikasyon at ibalik ito sa Patient Financial Services:

- **sa pamamagitan ng fax** sa 1-408-494-7848
- **sa pamamagitan ng liham o sa personal** sa 770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA 95128, o
- **sa pamamagitan ng e-mail** sa HHSVCAApp@hhs.sccgov.org

Tandaan: Kung pipiliin mong padalhan kami ng e-mail, iminumungkahi naming i-encrypt ang iyong mensahe upang protektahan ang iyong privacy at seguridad ng iyong personal na mga dokumento.

Kailangan mo ring magbigay ng kahit isa sa mga sumusunod na dokumento upang suportahan ang iyong aplikasyon:

1. **Katibayan ng pagkakakilanlan** (halimbawa: lisensya sa pagmamaneho, pasaporte, iba pang ID na mula sa pamahalaan, ID sa trabaho o paaralan, o sertipiko ng kapanganakan kasama ang gym o iba pang ID);
2. **Katibayan ng kita** (halimbawa: nakaraang mga pay stub, income tax return, award letter ng Social Security, mga award letter para sa iba pang benepisyong mga statement ng benepisyong sa militar, at/o mga resibo ng kita sa pagpapapaupa, kung naaangkop); at
3. **Katibayan ng paninirahan** (halimbawa: kontrata/lease/mortgage ng pangunguohan, utility bill, rehistro ng sasakyan. o deklarasyon ng kawalan ng matitirahan).

Ang pagiging karapat-dapat para sa ilang mga healthcare coverage program ay maaaring mangailangan ng karagdagang dokumentasyon. Kung marami pang mga dokumento ang kinakailangan, gagabayan ka kung aling mga dokumento ang ibibigay.

Ang mga residente ng County na naghahangad lamang na maging kwalipikado para sa isang parsyal na diskwento sa ilalim ng CSCHS Healthcare Access Program (HAP) (ibig sabihin, ang mga pasyenteng nagbabayad o mataas ang gastusing medikal na mayroong kita na higit pa sa 400% ngunit mababa sa 650% ng Federal Poverty Level) ay kinakailangan lamang na ipasa ang kasalukuyang mga pay stub o income tax return bilang patunay ng kita.

Upang makuha ang aplikasyong ito at kaugnay na impormasyon sa iba pang wika o sa isang accessible na alternatibong format—kabilang ang, ngunit hindi limitado sa malakihang imprenta, braille, audio, at mga elektronikong format na accessible at maaaring basahin sa pamamagitan ng isang screen reader sa isang lohikal na pagkakasunod-sunod na pagbasa—mangyaring kontakin ang Patient Financial Services sa 1-866-967-4677 (TTY: 711).



Background na Impormasyon

Legal na Pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Pangalan):	
Kasarian:	Gustong wika:
Email Address:	<input type="checkbox"/> I-click dito upang payagang makatanggap ng mga update tungkol sa aplikasyong ito sa pamamagitan ng isang naka-segurong e-mail
Numero ng telepono: () -	Mailing address (kabilang ang lungsod, estado, zip code):
U.S. Citizen? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Residente ng Santa Clara County? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
U.S. Veteran? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Lawful Permanent Resident / Green Card Holder? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Pangalan ng Ina noong Dalaga pa:	Kung oo, gaano na katagal? ____ Taon ____ Buwan
Estado sa trabaho ng aplikante: <input type="checkbox"/> May trabaho <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> N/A Pangalan ng kasalukuyang lugar ng trabaho at numero sa telepono: _____ / ()	
Mga petsa ng pinakabagong trabaho/self-employment: __ / __ / __ hanggang __ / __ / __	
Estado sa trabaho ng asawa/domestikong partner: <input type="checkbox"/> Empleyado <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> N/A Pangalan ng kasalukuyang lugar ng trabaho at numero sa telepono: _____ / () -	
Mga petsa ng pinakabagong trabaho/self-employment: __ / __ / __ hanggang __ / __ / __	
Ang kapansanan ay inaasahang tatagal ng 12 buwan o mas matagal pa? <input type="checkbox"/> Oo, ako <input type="checkbox"/> Oo, ang aking asawa/domestikong partner <input type="checkbox"/> Hindi	

Estado ng Sambahayan

Mangyaring ilista lahat ng mga miyembro ng pamilya sa ibaba, kabilang ang iyong sarili, asawa mo o domestikong partner, umaasang mga anak na wala pang 21 taong gulang (kahit na nakatira o hindi sa bahay). Mangyari ding lagyan ng tsek ang kahon () kung isinasama mo ang taong ito sa iyong tax return.

Legal na Pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Pangalan):	Petsa ng Kapanganakan (Buwan/Araw/Taon)	Relasyon sa Iyo	Social Security Number (kung naaangkop)
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			



Insurance sa Pangangalaga ng Kalusugan at Access

Mayroon ka bang insurance pangkalusugan (kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, Meidcare, Medi-Cal, isang Covered California plan, employer-sponsored coverage, at/o iba pang third-party coverage para sa mga gastusing may kinalaman sa pangangalaga sa kalusugan)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
(mga) Pangalan ng insurance:
Mga kontak number ng insurance: () - () -
Kung ikaw ay nasaktan, ang mga pinsala mo ba ay sanhi ng isang third party (gaya ng habang nasa isang aksidente sa kotse o pagkakadulas at pagkahulog)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Mayroon ka bang iba pang insurance na maaaring i-apply (gaya ng isang auto policy)? <input type="checkbox"/> Meron <input type="checkbox"/> Wala
Nagbayad ka ba o ang iyong pamilya ng anumang out-of-pocket na gastusin sa pangangalagang pangkalusugan (tulad ng mga copayment, coinsurance, deductible, at mga bayarin na hindi sakop ng insurance) sa nakalipas na 12 buwan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Kung oo, mangyaring ilagay ang kabuuang halaga ng binayaran: \$ _____
(Kung naaangkop) Mayroon akong pangunahing doktor na tagapangalaga sa: <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> isang pampamayanang klinika
(Kung naaangkop) Pangalan ng pangunahing doktor na tagapangalaga:

Kasalukuyang Buwanang Kita

Mangyaring punan ang table sa ibaba gamit ang **kabuuang kita (ibig sabihin, bago ang tax) numero para sa lahat ng miyembro ng iyong pamilya** (kabilang ang iyong sarili, iyong asawa o domestikong partner, at umaasang anak na wala pang 21 gulang, nakatira man o hindi sa bahay).

Buwanang Mapagkukunan ng Kita	Kabuuang Halaga	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY Total gross monthly income: \$ _____ Family Size: _____ FPL Level: _____
1. Kita mula sa trabaho (suweldo, sahod, kitang pera, at iba pang kompensasyon)	\$ _____	
2. Kita mula sa pagpapatakbo ng negosyo (kung self-employed)	\$ _____	
3. Kita mula sa interes at mga dibidendo	\$ _____	
4. Kita mula sa real estate o personal na pag-aari	\$ _____	
5. Kita mula sa Social Security	\$ _____	
6. Iba pa (mangyaring tukuyin):	\$ _____	
7. Alimony o Natatanggap na Kabayaranang Sustento sa Bata	\$ _____	
8. Kabuuang kita hindi kasama ang alimony / natatanggap na kabayaranang sustento sa bata (magdagdag ng mga kahon mula 1 hanggang 6 sa itaas)	\$ _____	



Mahalagang Abiso Kaugnay sa Healthcare Access Program (HAP)

Tandaan: Upang maging kwalipikado para sa charity care o isang diskwento sa ilalim ng CSCHS Healthcare Access Program (HAP), kailangan mong gawin ang lahat nang makatwirang pagsisikap upang ipasa ang iyong Aplikasyon sa Tulong Pinansyal sa CSCHS sa loob ng 180 araw pagkatapos ipadala ang iyong unang billing statement para sa isang partikular na bahagi ng pangangalaga. **Kung ipapasa mo ang iyong aplikasyon pagkatapos nitong 180-araw na tinakdang panahon, kailangan mong ipaliwanag kung bakit mayroong magandang dahilan para sa pagkaantala gamit ang espasyo sa ibaba.** Maaari kang magpasa ng mga karagdagang dokumento para suportahan ang iyong paliwanag. Maaari mo ring kontakin ang CSCHS upang humingi nang karagdagang impormasyon.

Deklarasyon at Lagda

Idinedeklara ko sa ilalim ng penalidad ng pagsisinungaling na ang impormasyong ibinigay ko ay totoo at tama sa abot ng aking nalalaman, at kung saan hindi ko talaga alam ang sagot sa kahit anong tanong, ay gumawa ako ng bawat makatwirang pagtatangkang kumpirmahin ang sagot kasama ang isang taong nakakaalam. Nauunawaan ko na kailangan kong ipaalam sa County of Santa Clara Health System (CSCHS) ang anumang pagbabago sa aking paninirahan, estadong pinansyal, laki ng sambahayan, at/o pagiging karapat-dapat para sa insurance coverage sa loob ng 60 araw kung kailan naganap ang pagbabago o sa susunod na punto ng serbisyo, kung alinman ang mas mauuna. Pinahihintulutan kong ilabas ang aking rekord ng impormasyon ng kalusugan upang makatanggap ng collaborative na pangangalagang pangkalusugan mula sa mga tagapagtustos na nakakontrata sa County of Santa Clara, pati na rin ang County of Santa Clara Social Security Services Agency para sa mga layunin ng pagtukoy sa pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal at pagbabahagi ng impormasyon tungkol sa estado ng aking Medi-Cal. Pinahihintulutan ko ang CSCHS na humingi ng ulat ng utang at/o patunayan ang anumang impormasyon sa aplikasyong ito na sa tingin nito ay kinakailangan.

Petsa

Lagda



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? <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 ਆਸ਼ਰਿਤ ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, ਭਾਵੇਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ) ਭਰੋ।

ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਰੋਤ	ਕੁੱਲ ਰਕਮ	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY 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. ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ ਜਾਂ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ	\$ _____	
8. ਗੁਜ਼ਾਰੇ ਭੱਤੇ/ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ (ਉੱਪਰ 1 ਤੋਂ 6 ਤੱਕ ਬਾਕਸ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)	\$ _____	



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



درخواست کمک مالی

دستورالعمل ها

برای دریافت راهنمایی رایگان برای تکمیل این برنامه، لطفاً از طریق تلفن به شماره **1-866-967-4677 (8) (711) TTY:** صبح تا 4:30 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه) با خدمات مالی بیمار از طریق تلفن تماس بگیرید. یا شخصاً در S. 770 Bascom Avenue, San José, CA 95128 (از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 4:30 بعد از ظهر) مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های کمک مالی، لطفاً به صورت آنلاین در scvh.org/bill-help از ما دیدن کنید.

لطفاً کل این درخواست را پر کنید و به خدمات مالی بیمار برگردانید:

• با فکس به شماره 1-408-494-7848

• از طریق پست یا شخصاً در 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128

• با ایمیل به آدرس HHSVCApp@hhs.sccgov.org

توجه: اگر تصمیم به ارسال ایمیل به ما دارید، توصیه می‌کنیم برای محافظت از حریم خصوصی و امنیت اسناد شخصی خود، پیام خود را رمزگذاری کنید.

همچنین باید حداقل یکی از هر یک از مدارک زیر را برای پشتیبانی از درخواست خود ارائه دهید:

1. **مدرک هویت** (به عنوان مثال: گواهینامه رانندگی، گذرنامه، شناسه دولتی، کارت شناسایی محل کار یا تحصیل، یا گواهی تولد به اضافه سالن بدنسازی یا شناسه دیگر).
2. **اثبات درآمد** (به عنوان مثال: فیش حقوقی اخیر، اظهارنامه مالیات بر درآمد، نامه جایزه تامین اجتماعی، نامه های جایزه برای سایر مزایا، اظهارنامه مزایای نظامی، و/یا رسید درآمد اجاره، در صورت لزوم). و
3. **اثبات محل اقامت** (به عنوان مثال: قرارداد اجاره/اجاره/رهن، قبض آب و برق، ثبت وسیله نقلیه، یا اعلام بی خانمانی).

واجد شرایط بودن برای برخی از برنامه های پوشش مراقبت های بهداشتی ممکن است به اسناد اضافی نیاز داشته باشد. در صورت نیاز به مدارک بیشتر، به شما آموزش داده می شود که کدام مدارک را ارائه دهید.

ساکنان شهرستانی که فقط به دنبال واجد شرایط بودن برای تخفیف جزئی تحت برنامه دسترسی به مراقبت های بهداشتی (HAP) (CSCHS) هستند (یعنی بیمارانی که خودپرداخت می کنند یا هزینه های پزشکی بالایی دارند با درآمد بالای 400 درصد اما کمتر از 650 درصد سطح فقر فدرال) فقط باید برگه های حقوقی اخیر یا اظهارنامه مالیات بر درآمد را به عنوان اثبات درآمد ارائه دهید.

برای به دست آوردن این برنامه کاربردی و اطلاعات مربوط به آن به زبانی دیگر یا در یک قالب جایگزین قابل دسترس - از جمله، اما نه محدود به، قالب های چاپی بزرگ، بریل، صوتی و الکترونیکی که در دسترس هستند و ممکن است توسط یک صفحه خوان با ترتیب خواندن منطقی خوانده شوند. —لطفاً با خدمات مالی بیمار با شماره 1-866-967-4677 (711) TTY: تماس بگیرید.



اطلاعات پیشینه

نام قانونی (آخر، اول، وسط):	
جنسیت:	زبان مورد نظر:
آدرس پست الکترونیک:	<input type="checkbox"/> برای موافقت با دریافت به‌روزرسانی‌های مربوط به این برنامه از طریق ایمیل امن، اینجا را بررسی کنید
شماره تلفن:	آدرس پستی (شامل شهر، ایالت، کد پستی):
() -	
شهروند آمریکای؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	ساکن شهرستان سانتا کلارا؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
سرباز کهنه کار آمریکای؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اقامت دائم قانونی / دارنده گرین کارت؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام دوشیزه مادر:	اگر بله، برای چه مدت؟ _____ سال _____ ماه
وضعیت کاری متقاضی: <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خوداشتغال <input type="checkbox"/> N/A	
جدیدترین نام و شماره تلفن محل کار: _____ / () -	
تاریخ آخرین استخدام/خوداشتغالی: _____ / _____ / _____ تا _____ / _____ / _____	
وضعیت کاری همسر/شریک خانگی: <input type="checkbox"/> شاغل <input type="checkbox"/> خوداشتغال <input type="checkbox"/> N/A	
جدیدترین نام و شماره تلفن محل کار: _____ / () -	
تاریخ آخرین استخدام/خوداشتغالی: _____ / _____ / _____ تا _____ / _____ / _____	
انتظار می‌رود ناتوانی 12 ماه یا بیشتر طول بکشد؟	
<input type="checkbox"/> بله، من <input type="checkbox"/> بله، همسر / شریک خانگی من >3 { <input type="checkbox"/> خیر	

وضعیت خانوار

لطفاً همه اعضای خانواده خود را در زیر فهرست کنید، از جمله خودتان، همسر یا شریک زندگی خود، و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال (چه در خانه زندگی می‌کنند یا نه). اگر در اظهارنامه مالیاتی خود ادعا می‌کنید، لطفاً کادر (□) را نیز علامت بزنید.

نام قانونی (آخر، اول، وسط)	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	رابطه با شما	شماره تامین اجتماعی (در صورت وجود)
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			



آیا بیمه درمانی دارید (شامل، اما نه محدود به، Medicare، Medi-Cal، طرح کالیفرنیا تحت پوشش، پوشش حمایت شده توسط کارفرما، و/یا سایر پوشش های شخص ثالث برای هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی)؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نام(های) بیمه(ها):
شماره(های) تماس بیمه: () ()
اگر مجروح شده اید، آیا صدمات شما توسط شخص ثالث (مانند تصادف رانندگی یا لغزش و سقوط) ایجاد شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا بیمه دیگری دارید که ممکن است اعمال شود (مانند بیمه نامه خودرو)؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا شما یا خانوادهتان در 12 ماه گذشته هزینه های بهداشتی را پرداخت کرده اید (مانند پرداخت های مشترک، بیمه مشترک، فرانشیزها، و صورت حساب هایی که تحت پوشش بیمه نیستند)؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
اگر بله، لطفاً کل مبلغ پرداختی را ذکر کنید: _____
(در صورت وجود) من یک پزشک مراقبت اولیه در: <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> یک کلینیک اجتماعی دارم
(در صورت وجود) نام پزشک مراقبت های اولیه:

درآمد ماهانه جاری

لطفاً جدول زیر را با استفاده از اعداد کل درآمد ناخالص (یعنی قبل از مالیات) برای همه اعضای خانواده (از جمله خودتان، همسر یا شریک خانگی و فرزندان تحت تکفل) پر کنید. زیر 21 سال، چه در خانه زندگی کنید یا نه).

منبع درآمد ماهانه	مبلغ ناخالص	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY
1. درآمد حاصل از کار (حقوق، دستمزد، درآمد نقدی و سایر غرامت ها)	دلار \$	Total gross monthly income: \$ _____
2. درآمد حاصل از راه اندازی یک کسب و کار (در صورت خوداشتغالی)	دلار \$	
3. درآمد حاصل از بهره و سود سهام	دلار \$	
4. درآمد حاصل از املاک و مستغلات یا اموال شخصی	دلار \$	Family Size: _____
5. درآمد حاصل از تامین اجتماعی	دلار \$	
6. سایر درآمدها (مشخص کنید)	دلار \$	FPL Level: _____
7. پرداخت های نفقه یا حمایت از فرزند دریافت شده است	دلار \$	
8. پرداخت های نفقه یا حمایت از فرزند دریافت شده است (کادرهای 1 تا 6 را در بالا اضافه کنید)	دلار \$	



اطلاعیه مهم مربوط به برنامه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی (HAP)

به خاطر داشته باشید: برای واجد شرایط بودن برای مراقبت‌های خیریه یا تخفیف تحت برنامه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی (HAP) (CSCHS)، باید تمام تلاش‌های منطقی خود را انجام دهید تا درخواست کمک مالی خود را ظرف 180 روز پس از ارسال اولین صورتحساب برای یک قسمت خاص از مراقبت به CSCHS ارسال کنید. اگر درخواست خود را پس از این بازه زمانی 180 روزه ارسال کنید، باید توضیح دهید که چرا دلیل خوبی برای تأخیر با استفاده از فضای زیر وجود دارد. شما می‌توانید اسناد اضافی را برای پشتیبانی از توضیحات خود ارسال کنید. CSCHS همچنین ممکن است برای درخواست اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیرد.

اعلامیه و امضا

من تحت مجازات شهادت دروغ اعلام می‌کنم که اطلاعاتی که در این برنامه ارائه کرده‌ام، تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است و در جایی که قبلاً پاسخ هیچ سوالی را نمی‌دانستم، من تمام تلاش منطقی را برای تأیید پاسخ با کسی که می‌دانست انجام دادم. من درک می‌کنم که باید سیستم بهداشتی شهرستان سانتا کلارا (CSCHS) را از هرگونه تغییر در محل اقامت، وضعیت مالی، اندازه خانوارم اطلاع دهم، و/یا واجد شرایط بودن برای پوشش بیمه در 60 روز از زمان وقوع تغییر یا در نقطه بعدی خدمات، هر کدام زودتر باشد. من موافقت می‌کنم اطلاعات پرونده سلامتی خود را برای دریافت خدمات بهداشتی مشترک با ارائه‌دهندگانی که با شهرستان سانتا کلارا قرارداد دارند و همچنین آژانس خدمات اجتماعی شهرستان سانتا کلارا به منظور تعیین صلاحیت Medi-Cal و به اشتراک گذاشتن اطلاعات مربوط وضعیت Medi-Cal من منتشر کنند یا اشتراک بگذارند. من به CSCHS اجازه می‌دهم گزارش اعتباری درخواست کند و/یا هر یک از اطلاعات موجود در این برنامه را که لازم بداند تأیید کند.

امضای

تاریخ