

ਬਿਨੈਕਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ					
1. ਸੈਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਕਾਊਂਟੀ ਦੇ ਵਸਨੀਕ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ / <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	2. ਲਿੰਗ	3. ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਾਮ (ਅਖੀਰਲਾ, ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ)	4. ਮਾਤਾ ਦਾ ਵਿਆਹ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦਾ ਨਾਮ	5. ਪਤੀ/ਪਤਨੀ/ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ	6. ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ?
7. ਪਤਾ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ	8. ਫੋਨ 1) () - 2) () -	9. ਈਮੇਲ ਪਤਾ		
10. SSN (ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ)(ਮਰੀਜ਼)	11. SSN (ਪਤੀ/ਪਤਨੀ/ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ)	12. ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ / <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	13. ਕੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਸਥਿਤੀ ਸਥਾਈ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ / <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿੰਨੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ? ਮਿਆਦ: _____ ਸਾਲ _____ ਮਹੀਨੇ		14. ਅਮਰੀਕੀ ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ / <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਘਰੇਲੂ ਸਥਿਤੀ					
15. ਆਪਣੇ ਘਰ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖੁਦ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖ਼ਾਨੇ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ (□) ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਦੇ ਹੋ।					
ਨਾਮ	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਰਿਸ਼ਤਾ	ਨਾਮ	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਰਿਸ਼ਤਾ
(□)	/ /		(□)	/ /	
(□)	/ /		(□)	/ /	
(□)	/ /		(□)	/ /	

ਸਭ ਤੋਂ ਹਾਲੀਆ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ਾ					
16. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ:	17. ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਫੋਨ ਨੰਬਰ () -		18. ਜੇਕਰ ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਨਾਮ ਦੱਸੋ		
19. ਪਤਨੀ/ਪਤੀ ਦਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ:	20. ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਫੋਨ ਨੰਬਰ () -		21. ਜੇਕਰ ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਰੋਬਾਰ ਦਾ ਨਾਮ ਦੱਸੋ		
22. ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: / /	23. ਸਮਾਪਤੀ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: / /	24. ਇਸ ਵੇਲੇ ਨੌਕਰੀ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ / <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	25. ਕੀ ਕੋਈ ਅਜਿਹੀ ਅਸਮਰਥਤਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 12 ਮਹੀਨੇ ਰਹਿਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ / <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		

ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
26. ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ: <input type="checkbox"/> ਹਾਂ / <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	ਬੀਮਾ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ: () -	27. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਕਰਕੇ ਸੱਟਾਂ ਲੱਗੀਆਂ ਸਨ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕਿਸੇ ਕਾਰ ਦੁਰਘਟਨਾ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਫਿਸਲਣ ਅਤੇ ਡਿੱਗਣ ਕਰਕੇ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ / <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	28. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਹੈ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵਾਹਨ ਪਾਲਿਸੀ)? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ / <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
ਬੀਮੇ ਦਾ ਨਾਮ:			

ਵਰਤਮਾਨ ਮਹੀਨੇ ਵਾਰ ਆਮਦਨ					
ਮਹੀਨੇ ਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਰੋਤ		ਮਰੀਜ਼	ਪਤੀ/ਪਤਨੀ	ਕੋਈ ਹੋਰ	30. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਿਸੇ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਕਲੀਨਿਕ ਵਿਖੇ ਕੋਈ ਮੁੱਢਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਡਾਕਟਰ (ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਫੀਜ਼ੀਸ਼ੀਅਨ (PCP) ਹੈ? ਜੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ PCP (ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਫੀਜ਼ੀਸ਼ੀਅਨ) ਦਾ ਨਾਮ ਕੀ ਹੈ? ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ VMC ਵਿਖੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਫੀਜ਼ੀਸ਼ੀਅਨ (ਮੁੱਢਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਡਾਕਟਰ PCP) ਹੈ? ਜੇ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ PCP ਮੁੱਢਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਡਾਕਟਰ (ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਫੀਜ਼ੀਸ਼ੀਅਨ) ਦਾ ਨਾਮ ਕੀ ਹੈ?
29a)	ਕੁੱਲ ਤਨਖਾਹ (ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਟੌਤੀਆਂ)	\$	\$	\$	
29b)	ਕਾਰੋਬਾਰ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ (ਜੇ ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ)	\$	\$	\$	
29c)	ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ:	\$	\$	\$	
29d)	ਵਿਆਜ ਅਤੇ ਲਾਭ-ਅੰਸ਼	\$	\$	\$	
29e)	ਰੀਅਲ ਏਸਟੇਟ ਜਾਂ ਨਿੱਜੀ ਸੰਪਤੀ ਤੋਂ	\$	\$	\$	
29f)	ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਊਰਿਟੀ (ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ)	\$	\$	\$	
29g)	ਕੋਈ ਹੋਰ (ਵਰਣਨ ਕਰੋ):	\$	\$	\$	
29h)	ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਗੁਜ਼ਾਰਾ-ਭੱਤਾ ਜਾਂ ਸਹਾਇਤਾ ਅਦਾਇਗੀਆਂ	\$	\$	\$	
29i)	(29a) ਤੋਂ (29h) ਤੱਕ ਦੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਨੂੰ ਜੋੜੋ	\$	\$	\$	
29j)	ਅਦਾ ਕੀਤਾ ਗੁਜ਼ਾਰਾ-ਭੱਤਾ ਜਾਂ ਸਹਾਇਤਾ ਅਦਾਇਗੀਆਂ	\$	\$	\$	
29k)	ਲਾਈਨ (29i) ਵਿੱਚੋਂ (29j) ਘਟਾਓ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਮਹੀਨੇ ਵਾਰ ਆਮਦਨ ਹੈ।	\$	\$	\$	
29l)	ਸਾਰੇ ਕਾਲਮਾਂ ਤੋਂ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਲਾਈਨ 29k	\$			

ਦਸਤਖਤ	
<p>ਮੈਂ ਖੂਨ ਬੋਲਣ ਲਈ ਜੁਰਮਾਨੇ ਦੇ ਤਹਿਤ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਉੱਪਰ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਉਹ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੀ ਰਿਹਾਇਸ਼, ਵਿੱਤੀ ਸਥਿਤੀ, ਘਰ ਦੇ ਅਕਾਰ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਕਾਊਂਟੀ ਆਫ ਸੈਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਹੈਲਥ ਸਿਸਟਮ (CSCVHS) ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਹਿਯੋਗ ਵਾਲੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ, ਜੋ ਸੈਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਕਾਊਂਟੀ ਦੇ ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਨਾਲ ਹੀ ਮੇਰੀ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮੇਰੀ Medi-Cal ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਲ ਸੈਂਟਾ ਕਲਾਰਾ ਕਾਊਂਟੀ ਸੋਸ਼ਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਏਜੰਸੀ (SCSSA) ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਮੈਂ CSCVHS ਨੂੰ ਜਿਵੇਂ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਮਝੇ, ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਉਪਰੋਕਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।</p>	
ਦਸਤਖਤ _____	ਤਾਰੀਖ _____