

# د مالي مرستې غوښتنلیک

د خدمت نېټه: \_\_\_\_\_

د اکونټ شمېره: \_\_\_\_\_

د ناروغ يا غوښتونکي نوم: \_\_\_\_\_

پته: \_\_\_\_\_

ښار: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ زیږ: \_\_\_\_\_

تلیفون: \_\_\_\_\_ مدني حالت: \_\_\_\_\_

د مالي مرستې ملاحظه کولو لپاره لاندې موارد باید مکمل شي. مهرباني وکړئ یادداشت کړئ چې بیمه نلرونکي ناروغان باید د مرستې ترلاسه کولو نه مخکې لومړی زموږ د بیمې په شرایطو برابرې پلورونکي سره ګډون وکړي.

(همسر او د 18 کلونو نه کم عمر لرونکي وابسته ماشومان، چې په کورنۍ کې اوسېږي او د هغوی د زیږون نېټې ولیکئ)

نوم	د ناروغ سره اړیکه	د زیږون نېټه	مکمل ناخالص عاید په تیرو 3 میاشتو کې مخکې د خدمت نېټه	ټولټال ناخالص عاید په تیرو 12 میاشتو کې مخکې له د خدمت نېټه	د عاید سرچینه د کارګومارونکي نوم (که تاسی د پوهنتون یا کالج زده کونکي یې وې لیکئ)
	پخپله				

1. که تاسې مکمل صفر عاید راپور ورکړئ وي، تاسې څنګه همایت کړئ؟ \_\_\_\_\_

2. ستاسې د راتګ په وخت کې تاسې په کوم ایالت کې اوسیدئ؟ \_\_\_\_\_

3. آیا تاسې د میډیکید یا کوم نور محلی مرستې لپاره غوښتنه کړې ده؟  نه  هو (نېټه/ایالت \_\_\_\_\_)

4. آیا تاسې د خدمت نېټه کې روغتیايي بیمه درلودله؟  نه  هو (د دې غوښتنلیک سره د کارت کاپي مهیا کړئ)

5. آیا د خدمت نېټې د موټر پېښې یا ټکر سره تړاو درلود؟  نه  هو (د بیمې نوم/غوښتنه نمبر \_\_\_\_\_)

6. آیا ستاسې کور کې کوم څوک د چیک یا سپما حساب لري؟  نه  هو (ارزښت \_\_\_\_\_)

7. آیا ستاسې کور کې کوم څوک کومې نورې شتمنۍ لري؟  نه  هو (نوع/ارزښت \_\_\_\_\_)

8. آیا تاسې کور لری یا په کرایه کړی مو دی؟  شخصي کور درلودل  کرایه کول  نور (\_\_\_\_\_)

## د پورته لیکل شوي عاید شتمنیو لپاره تاسې باید د کورنۍ هر غړي لپاره لاندې موارد وړاندې کړئ:

(مهرباني وکړئ ترلاسه کړي موارد په نښه کړئ)

- ګمارول = د 3 یا 12 میاشتو عاید  آزاد شغل = د ماليه مکمل فورې پشمول د مهالویش C
- ورګاري = د ګټې مکتوب  د ماشوم همایت او ملاتړ = د محکمې غوښتل شوي اسناد
- ټولنیز امنیت او مصؤنیت = د ګټې مکتوب  نور = د نور عاید ثبوت لکه د اسهامو سود، ټکټانه، د کراپي عاید
- تقاعد یا معیوبیت = د ګټې مکتوب  چیک کول/سپما = د هر حساب لپاره د جاري 30 ورځو اظهارلیک

تصديق: د دې سند په لاسلیک کولو سره، زه تاییدوم چې بدي غوښتنلیک کې ورکړل شوي ځوابونه رښتیني دي. که چېرې د کوم فرد د مالي مرستې غوښتنلیک وروستی بیاکننه کې ښکاره شي چې د فرد لخوا ورکړل شوي معلومات یا غلط یا جعلی وو، د مالي مرستې پرېکړه لغو کېدی شي او مسؤل اړخ ته به بیل ورکړل شي. زه پوهیږم چې هغه معلومات چې زه یې وسپارم زما د روغتون چمتو کونکي لخوا تصدیق کېږي، پشمول د کریډیټ راپور ورکولو ادارې، او د فدرال او/یا ایالتي ادارو او همدارنګه د اړتیا په صورت کې د نورو ادارو لخوا بیاکننه کېږي.

د ناروغ لاسلیک: \_\_\_\_\_ نېټه: \_\_\_\_\_

د غوښتونکي یا د استازي لاسلیک: \_\_\_\_\_ اړیکه: \_\_\_\_\_

(که ناروغ نه وي)

نېټه: \_\_\_\_\_

ډک کړئ غوښتنلیک او اسناد دې پټې ته ولېږئ:

Bon Secours Mercy Health Financial Aid, P.O. Box 631360

Cincinnati, OH 45263-1360