د مالي مرستې غوښتنلیک

د خدمت نیټه: ____________ د اکونټ شمېره: ______________________________

د ناروغ یا غوښتونکي نوم: ____

پته: ____

ښار: ______________________________ ایالت: __________________ زیپ: ______________________________

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 برابرۍ پلورونکي سره ګډون وکړي.

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

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

1. **که تاسې مکمل صفر عاید راپور ورکړی وي، تاسې څنګه همایت کیږئ؟**______________________________
2. ستاسې د راتګ په وخت کې تاسې په کوم ایالت کې اوسیدئ؟ ______________________________
3. آیا تاسې د میډیکیډ یا کوم نور محلی مرستې لپاره غوښتنه کړې ده؟ ☐نه ☐ هو (نیټه/ایالت ______________________)
4. آیا تاسې د خدمت نیټه کې روغتیایي بیمه درلودله؟ ☐نه ☐ هو (د دې غوښتنلیک سره د کارت کاپي مهیا کړی)
5. آیا د خدمت نیټې د موټر پیښې 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 لرئ یا په کرایه کړی مو دی؟ ☐شخصی 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
☐ وزګاري = د ګټې مکتوب
☐ ټولنیز امنیت او مصؤنیت = د ګټې مکتوب
☐ تقاعد یا معیوبیت = د ګټې مکتوب
☐ آزاد شغل = د مالیه مکمل فورمې پشمول د مهالویش C
☐ د ماشوم همایت او ملاتړ = د محکمې غوښتل شوي اسناد
☐ نور = د نور عاید ثبوت لکه د اسهامو سود، ټکتانه، د کراېي عاید
☐ چیک کول/سپما = د هر حساب لپاره د جاري 30 ورځو اظهارلیک

__تصدیق:__ د دې سند په لاسلیک کولو سره، زه تاییدوم چې پدې غوښتنلیک کې ورکړل شوي ځوابونه ریښتیني دي. که چیرې د کوم فرد د مالي مرستې غوښتنلیک وروستی بیاکتنه کې ښکاره شي چې د فرد لخوا ورکړل شوي معلومات یا غلط یا جعلي وو، د مالي مرستې پریکړه لغو کیدی شي او مسؤل ارخ ته به بیل ورکړل شي. زه پوهیږم چې هغه معلومات چې زه یې وسپارم زما د روغتون جمتو کونکي لخوا تصدیق کیږي ، پشمول د کریډیټ راپور ورکولو اداري، او د فدرال او/یا ایالتي ادارو او همدارنګه د اړتیا په صورت کې د نورو ادارو لخوا بیاکتنه کیږي.

د ناروغ لاسلیک: ____ **نیټه:** ____________________

د غوښتونکي یا د استازي لاسلیک:______________________________**اړیکه:**_

(که ناروغ نه وي) **نیټه:**______________________________

ډک کړی غوښتنلیک او اسناد دې پتې ته ولیږئ:
د Bon Secours Mercy Health مالي مرسته، پوست بکس 631360
Cincinnati, OH 45263-1360