



## ਵਿੱਤੀ ਮੁਲਾਂਕਣ

### ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਖਾਤਾ # \_\_\_\_\_ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਹੂਲਤ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ

- ਕਲੇਵਿਸ ਕਮਯੂਨਿਟੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ (CCMC)
- ਕਮਯੂਨਿਟੀ ਰੀਜਨਲ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ (CRMC)
- ਫ੍ਰੈਸਨੋ ਹਾਰਟ ਐਂਡ ਸਰਜੀਕਲ ਸੈਂਟਰ (FHSB)

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_ ਗਾਰੰਟਰ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ \_\_\_\_\_ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  ਕਿਰਾਏ 'ਤੇ ਲੈ ਰਹੇ

\_\_\_\_\_  ਖਰੀਦ ਰਹੇ

### ਜ਼ਮਾਨਤੀ (ਗਾਰੰਟਰ)

ਜਨਮ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_ ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ # \_\_\_\_\_ ਸੇਸ਼ਲ ਸਿਕਯੂਰਿਟੀ # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ \_\_\_\_\_ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ/ਪੈਨਸ਼ਨ \_\_\_\_\_

ਕੁੱਲ ਤਨਖਾਹ \_\_\_\_\_ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ \_\_\_\_\_ ਸੇਸ਼ਲ ਸਿਕਯੂਰਿਟੀ \_\_\_\_\_

ਪੈਨਸ਼ਨ \_\_\_\_\_ ਕਲਿਆਣ \_\_\_\_\_ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ \_\_\_\_\_

ਅਸਮਰੱਥਾ \_\_\_\_\_ ਜੀਵਨ-ਨਿਰਬਾਹ \_\_\_\_\_ ਵਿਆਜ/ਡਿਵੀਡੈਂਡ \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਕਿਰਾਏ \_\_\_\_\_ ਕੋਈ ਹੋਰ \_\_\_\_\_

## ਪਤਨੀ/ਪਤੀ

ਜਨਮ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_ ਡ੍ਰਾਈਵਰ ਦਾ ਲਾਇਸੈਂਸ # \_\_\_\_\_ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਯੂਰਿਟੀ # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ \_\_\_\_\_ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ/ਪੈਨਸ਼ਨ \_\_\_\_\_

ਕੁੱਲ ਤਨਖਾਹ \_\_\_\_\_ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ \_\_\_\_\_ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਯੂਰਿਟੀ \_\_\_\_\_

ਪੈਨਸ਼ਨ \_\_\_\_\_ ਕਲਿਆਣ \_\_\_\_\_ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ \_\_\_\_\_

ਅਸਮਰੱਥਾ \_\_\_\_\_ ਜੀਵਨ-ਨਿਰਬਾਹ \_\_\_\_\_ ਵਿਆਜ/ਡਿਵੀਡੈਂਡ \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਏ ਕਿਰਾਏ \_\_\_\_\_ ਕੋਈ ਹੋਰ \_\_\_\_\_

---

ਤੁਹਾਡਾ ਬੈਂਕ ਕਿਹੜਾ ਹੈ? \_\_\_\_\_ ਬ੍ਰਾਂਚ, ਸ਼ਹਿਰ \_\_\_\_\_

ਚੈਕਿੰਗ

ਸੇਵਿੰਗ

ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ IRS ਨੂੰ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ \_\_\_\_\_

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੇ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੇ ਹੋ?  ਨਹੀਂ  ਹਾਂ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੋ)

ਮੈਂ ਇਸ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਬਿਆਨ ਸੱਚੇ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹਨ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਕਮਯੂਨਿਟੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੈਂਟਰ ਉਪਰੋਕਤ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਗਾਰੰਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_