د مالي مرستې غوښتنليک

د خدمت نېټه: ______________ **د اکونټ شمېره:** ________________________________

د ناروغ يا غوښتونکي نوم: ____

پته: ____

ښار: ______________________ ايالت: ______________________ زيپ: ______________________

تليفون: ______________________ مدني حالت: ______________________

د مالي مرستې ملاحظه کولو لپاره لاندې موارد بايد مکمل شي. مهرباني وکړئ يادداشت کړئ چې بيمه نلرونکي ناروغان بايد د مرستې ترلاسه کولو نه مخکې لومړی زموږ د بيمې په شرايطو برابرې پلورونکي سره ګډون وکړي.

(همسر او د 18 کلونو نه کم عمر لرونکي وابسته ماشومان، چې په کورنۍ کې اوسيږي او د هغوی د زيږون نېټې وليکئ)

نوم	د ناروغ سره اړيکه	د زيږون نېټه	مکمل ناخالص عايد په تيرو 3 مياشتو کې مخکې د خدمت نېټه	ټولټال ناخالص عايد په تيرو 12 مياشتو کې مخکې له د خدمت نېټه	د عايد سرچينه د کارګومارونکي نوم (که تاسې د پوهنتون يا کالج زده کونکی يې وې ليکئ)
	پخپله				

1. **که تاسې مکمل صفر عايد راپور ورکړی وي، تاسې څنګه حمايت کيږئ؟** ______________________
2. ستاسې د راتګ په وخت کې تاسې په کوم ايالت کې اوسيدئ؟ ______________________
3. آيا تاسې د ميډيکيډ يا کوم نور محلی مرستې لپاره غوښتنه کړې ده؟ ☐نه ☐ هو (نېټه/ايالت ______________)
4. آيا تاسې د خدمت نېټه کې روغتيايي بيمه درلودله؟ ☐نه ☐ هو (د دې غوښتنليک سره د کارت کاپي مهيا کړی)
5. آيا د خدمت نېټې د موټر پيښې يا ټکر سره تړاو درلود؟ ☐نه ☐ هو (د بيمې نوم/غوښتنه نمبر ______________)
6. آيا ستاسې کور کې کوم څوک د چيک يا سپما حساب لري؟ ☐نه ☐ هو (ارزښت ______________)
7. آيا ستاسې کور کې کوم څوک کومې نورې شتمنۍ لري؟ ☐نه ☐ هو (نوع/ارزښت ______________)
8. آيا تاسې کور لرئ يا په کرايه کړی مو دی؟ ☐شخصی کور درلودل ☐ کرايه کول ☐ نور (______________)

د پورته ليکل شوي عايد شتمنيو لپاره تاسې بايد د کورنۍ هر غړي لپاره لاندې موارد وړاندې کړئ:

(مهرباني وکړئ ترلاسه کړي موارد په نښه کړئ)

☐ ګمارول = د 3 يا 12 مياشتو عايد
☐ وزګاري = د ګټې مکتوب
☐ ټولنيز امنيت او مصؤنيت = د ګټې مکتوب
☐ تقاعد يا معيوبيت = د ګټې مکتوب
☐ آزاد شغل = د ماليه مکمل فورمې پشمول د مهالويش C
☐ د ماشوم حمايت او ملاتړ = د محکمې غوښتل شوي اسناد
☐ نور = د نور عايد ثبوت لکه د اسهامو سود، ټکټانه، د کرايي عايد
☐ چيک کول/سپما = د هر حساب لپاره د جاري 30 ورځو اظهارليک

***تصديق:** د دې سند په لاسليک کولو سره، زه تاييدوم چې پدې غوښتنليک کې ورکړل شوي ځوابونه ريښتيني دي. که چيرې د کوم فرد د مالي مرستې غوښتنليک وروستی بياکتنه کې ښکاره شي چې د فرد لخوا ورکړل شوي معلومات يا غلط يا جعلي وو، د مالي مرستې پريکړه لغو کيدی شي او مسؤل ارخ ته به بيل ورکړل شي. زه پوهيږم چې هغه معلومات چې زه يې وسپارم زما د روغتون چمتو کونکي لخوا تصديق کيږي ، پشمول د کريډيټ راپور ورکولو ادارې، او د فدرال او/يا ايالتي ادارو او همدارنګه د اړتيا په صورت کې د نورو ادارو لخوا بياکتنه کيږي.*

د ناروغ لاسليک: ____________________________ **نېټه:** ______________

د غوښتونکي يا د استازي لاسليک: ______________________ **اړيکه:** ______________
(که ناروغ نه وي) ______________________ **نېټه:** ______________

ډک کړی غوښتنليک او اسناد دې پتې ته ولېږئ:
Mercy د عامه روغتيايي امتيازاتو څانګه
پوسټ بکس شمېره 631774
Cincinnati, OH 45263-1774

وروستۍ بياکتنه: **03/2024**