

د مالي مرستې غوښتنلیک

د خدمت نیټه: _____

د اکونټ شمېره: _____

د ناروغ یا 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 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 تاسې د پوهنتون یا کالج زده کونکي یې وې لیکئ)
	پخپله				

1. که تاسې مکمل صفر عاید راپور ورکړی 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 (نیټه/ایالت _____)

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

5. آیا د خدمت نیټې 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 نېشه کړئ)

- ګمارول = د 3 یا 12 میاشتو عاید آزاد شغل = د مالیه مکمل فورې پشمول د مهالویش C
- ورګاري = د ګټې مکتوب د ماشوم همایت او ملاتړ = د محکمې غوښتل شوي اسناد
- ټولنیز امنیت او مصونیت = 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

تصدیق: د دې سند په لاسلیک کولو سره، زه تاییدوم چې پدې غوښتنلیک کې ورکړل شوي ځوابونه رېښتیني 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 کېدای شي او مسؤل اړخ ته به بیل ورکړل شي. زه پوهېږم چې هغه معلومات چې زه یې وسپارم زما د روغتون چمتو کونکي لخوا تصدیق کېږي، پشمول د کرډیټ راپور ورکولو ادارې، او د فدرال او/یا ایاتي ادارو او همدارنګه د اړتیا په صورت کې د نورو ادارو لخوا بیاکننه کېږي.

د ناروغ لاسلیک: _____

نیټه: _____

د غوښتونکي یا د استازي لاسلیک: _____

اړیکه: _____

نیټه: _____

(که ناروغ نه وي)

ډک کړی غوښتنلیک او اسناد دې پټي ته ولېږئ:

Mercy Health Public Benefits Dept

PO Box 631774

Cincinnati, OH 45263-1774