د کورنۍ د لګښت ګډون معلومات

نوم:

د زېږون نېټه :

نېټه :

ښاغلی/آغلی_____ ،

زموږ په وروستۍ ناسته کې په _____، موږ د لومړي مرحلو خدماتو لپاره د کورنۍ د لګښت ګډون مېاشتنی فېس په اړه
(نېټه)
وغږېدو. د خپل مېاشتني فېس محاسبه کولو لپاره، زه د لاندې معلوماتو مستند کېدو ته سمدستي اړتېا لرم:

- ☐ د کورنۍ اندازه او د عاېد اسناد (ضمېمه فارم)
- ☐ د Medicaid اسناد (ضمېمه فارم)
- ☐ د شخصي بېمې اسناد (ضمېمه فارم)

زه باېد اړېن معلومات تر _____ پورې ولرم. غېرلدې، به مېاشتنی فېس نهاېی مجاز مقدار ېعنی په مېاشت کې 100
(نېټه)
ډالر سېټ شي.

ستاسو معلومات ما ته پدې آدرس رالېږلی شئ: _____ ېا
(برېښنالېک)

_____.
(آدرس)

که تاسو ما ته د معلوماتو را رسولو کې مشکل لرئ، مهرباني وکړئ په _____ شمېره زنګ ووهئ او
(د تلېفون شمېره)
زه به په خوښۍ ستاسو سره مرسته وکړم.

مهرباني وکړئ ما سره اړېکه ونېسئ که تاسو کومې پوښتنې لرئ ېا مرستې ته اړتېا لرئ.

په درنښت،

د خدمت کوردېناتور

ضمایم: د تادېاتو پالېسۍ سېسټم
د کورنۍ د لګښت ګډون مهالوېش