



محترم مریض،

ہدایات برائے درخواست

اگر آپ Providence Health Services Financial Assistance Program کے لیے درخواست دینا چاہتے ہیں، تو براہ کرم منسلک فارم مکمل کریں اور واپس لوٹا دیں۔ اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو آپ 800-566-5050 پر کال کرتے ہوئے مالیاتی معاونت کے نمائندے سے مدد حاصل کر سکتے ہیں۔

اہلیت

مالیاتی معاونت کا اہل ہونے کے لیے، براہ کرم درج ذیل نوٹ کریں:

- مقامی، ریاستی یا وفاقی معاونت کے لیے درخواست کی ضرورت پڑسکتی ہے۔
- گھر کی آمدن لازماً توثیق شدہ ہونی چاہیے۔ براہ کرم گھر کی آمدنی کا ثبوت فراہم کریں۔ (ٹیکس ریٹرن اور/یا حالیہ تنخواہ کے سٹیٹس) اگر آپ کی کوئی آمدنی نہیں ہے، تو براہ کرم اسٹیٹمنٹ فراہم کریں جس میں وضاحت کی گئی ہو کہ کس طرح آپ کی مالی معاونت ہوتی ہے۔
- دیگر آمدنی کے ذرائع کی رپورٹ کرنا اور شامل کرنا ضروری ہے: چائلڈ سپورٹ، نان و نفقہ، کارکنان کا معاوضہ، عوامی معاونت، ذاتی ملازمت کی آمدنی، اور بیروزگاری کی آمدنی۔

درج ذیل کے لیے مالی معاونت دستیاب نہیں ہے:

- ذاتی سامان، جیسے ٹیلی ویژن کے اخراجات۔
- وہ خدمت جو طبی طور پر ضروری نہیں بشمول کاسمیٹک طریقہ کار اور بانجھ پن کے معالجات
- دیگر نگہداشتِ صحت کے نیٹ ورک میں انشورینس کے ذریعے احاطہ شدہ خدمت
- غیر نسخہ جاتی فارماسیوٹیکل اشیاء۔

مالی معاونت کا تعین صرف اس نگہداشت کے وقوعہ کے لیے لاگو ہوگا جس کے لیے درخواست کو مکمل کیا گیا ہے۔

درج پتہ پر مکمل کردہ درخواست اور دستاویز بذریعہ ڈاک بھیجیں:

NRSC Financial Assistance Representative  
10330 N. Meridian Street, 2N PFS  
Indianapolis, Indiana 46290

درج ذیل نمبر پر مکمل کردہ درخواست اور دستاویز فیکس کریں:

(317) 583-2753 متوجہ ہوں: NRSC مالی معاونت کا نمائندہ

اگر آپ کچھ پوچھنا چاہتے ہیں تو براہ کرم ہمارے کسمٹر سروس سینٹر سے 800-566-5050 پر رابطہ کریں پیر تا جمعہ 8:00 صبح – 1:45 شام اور 2:30 شام – 4:00 شام EST کے مطابق۔



درخواست برائے مالی معاونت

مریض کی معلومات (براہ کرم پرنٹ کریں)		اکاؤنٹ نمبر	
مریض کا نام:	تاریخ پیدائش	ازدواجی حالت	جنس
پتہ:	شہر	ریاست	زپ
سوشل سیکورٹی نمبر:	آجر	کل وقتی	کتنے گھنٹے/ہفتہ
آجر کا پتہ:	شہر	اسٹیٹ	زپ
			تیلیفون نمبر

نمہ دار فریق کی معلومات

نام جیسا اوپر ہے	تاریخ پیدائش	ازدواجی حالت	جنس
پتہ:	اسٹیٹ	زپ	ای میل پتہ
سوشل سیکورٹی نمبر	آجر	کل وقتی	کتنے گھنٹے/ہفتے
آجر کا پتہ	شہر	ریاست	زپ
			تیلیفون نمبر

نمہ دار فریق کی شریک حیات کی معلومات

شریک حیات کا نام	سوشل سیکورٹی نمبر	تاریخ پیدائش
شریک حیات کا آجر:	پتہ:	شہر
		اسٹیٹ
		زپ
		تیلیفون نمبر

منحصر افراد:

نام	عمر	رشتہ	نام	عمر	رشتہ

باقی	ادائیگی	ماہانہ رہنے کے اخراجات	کل ماہانہ آمدنی
		رہن/کرایہ	درخواست دہندہ کی کمائی ہوئی آمدن
		بجلی	درخواست دہندہ کی شریک حیات کی آمدنی
		گیس	سوشل سیکیورٹی کے فوائد
		ٹیلیفون	پینشن/ریٹائرمنٹ کی آمدنی
		پانی	بے روزگاری کا معاوضہ
		گروسری	کارکن کا معاوضہ
		کیبل ٹی وی	سود/منافع کی آمدنی
		کار کی ادائیگی	چائلڈ سپورٹ
		سیل فون	نان و نفقہ
		ڈے کیئر	کرایہ والی جائیداد کی آمدنی
		چائلڈ سپورٹ/نان و نفقہ	فوڈ اسٹیمپس
		نسخہ جاتی ادویات	دیگر
		<b>کریڈٹ کارڈز:</b>	دیگر
		1.	<b>کل مجموعی آمدنی:</b>
		2.	
		3.	<b>سرمایہ</b>
		<b>دیگر ڈاکٹر/</b>	ہاتھ میں نقدی
		پاسپٹل کے بلز:	بچت اکاؤنٹ
			چیکنگ اکاؤنٹ
			C.D.'s
			سیکیورٹیز
			لائف انشورینس
			دیگر غیر منقولہ جائیداد
			دیگر
		<b>انشورینس کا خرچ:</b>	<b>گاڑی/میک اور ماڈل:</b>
		1. آٹوموبائل	سال
		2. جائیداد	قدر
		3. میڈیکل / لائف	
		<b>دیگر قرض کی ادائیگیاں:</b>	
		1.	
		2.	
		<b>دیگر ماہانہ ادائیگیاں:</b>	<b>مالی تصفیہ:</b>
		کوبرا	لائف انشورینس
		لائف انشورینس	وراثت
		3.	دیگر
		<b>مجموعی ماہانہ اخراجات:</b>	<b>سرمائے کی مجموعی قدر:</b>

تبصرے:

میں بذریعہ ہذا توثیق کرتا ہوں کہ میرے پورے علم کے مطابق مذکورہ بالا معلومات سچ اور مکمل ہیں۔ میں بذریعہ ہذا ہسپتال کو اختیار دیتا ہوں کہ اگر ہسپتال ضروری سمجھے تو خارجی کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیوں سے معلومات حاصل کر لے۔

مریض، شریک حیات، گارنٹر یا قانونی نمائندے کے دستخط

تاریخ

## PROVIDENCE HEALTH SERVICES مالی معاونت کی درخواست

### تصدیق نامہ

اس فارم پر میرے دستخط توثیق کرتے ہیں کہ میرے پورے علم کے مطابق تمام معلومات سچ ہیں اور یہ کہ میں نے اپنی مالیات کے متعلق تمام حقائق کو ظاہر کر دیا ہے۔ میں سمجھتا ہوں اور اعتراف کرتا ہوں کہ اس درخواست کے متعلق میری مالیات کی غلط بیانی، پروگرام کے لیے میرے اہل ہونے کی کوششوں میں معاونت کرنے میں ناکامی جو میری نگہداشت (مثلاً Medicaid)، ذاتی زخم کا دعویٰ، کارکن کا معاوضہ) کا احاطہ کرسکتا ہے وہ مالی معاونت فراہم کرنے کو غلط ثابت کرسکتا ہے اور یہ کہ میں فراہم کردہ خدمات کے لیے مالی طور پر ذمہ دار ہونگا۔ میں Providence Health Services یا اس کے نمائندوں کو اجازت دیتا ہوں کہ وہ میری کریڈٹ کی رپورٹ کی درخواست یا نظر ثانی کی درخواست کریں اور تمام فراہم کردہ معلومات کی توثیق کرنے کے لیے معقول اقدامات کریں۔

میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں جزوی مالی معاونت کے لیے اہل ہوجاتا ہوں تو میں اپنی بقیہ بل کی ادائیگی کا ذمہ دار ہوں گا۔

### مجموعی آمدنی (ٹیکس اور ود ہولڈنگ سے قبل) کے متعلق اسٹیٹمنٹ

میرے گھر کی سالانہ مجموعی آمدنی (دوسرے کنارے سے مریض اور شریک حیات کے سالانہ کالم کو شامل کریں اور کل نیچے لکھیں):

### آمدنی میں کمی کے متعلق اسٹیٹمنٹ

اختصار سے اپنی مالیاتی/زندگی کے حالات بیان کریں اور کیوں آپ کو اپنی طبی بل میں مالی مدد کی ضرورت ہے۔

براہ کرم نیچے دستخط کریں:

(تاریخ)

مریض/سرپرست