

محترم مریض/درخواست دہندہ،

Alexian Brothers Health System، تجارتی نام **Ascension Illinois** کے ملحقہ ارادے ہمدردی کے ساتھ آگے بڑھتے ہیں اور یہ سب کے لیے ذاتی نگہداشت فراہم کرنے کے لیے وقف ہیں۔ بالخصوص ان لوگوں کو جنہیں اس کی سب سے زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔ ہمارے مریضوں کو مالی امداد پیش کرنا ہمارا نصب العین ہے اور ہمارے لیے باعث فخر بھی ہے۔ مالی امداد صرف ہنگامی اور دیگر طبی طور پر ضروری نگہداشت کے لیے دستیاب ہے۔ اپنی نگہداشت صحت کی ضرورتوں کے لیے اپنی اور اپنی فیملی کی دیکھ بھال کرنے کے لیے ہم پر اعتماد کرنے کے لیے آپ کا شکریہ۔

ہمیں آپ کی درخواست موصول ہوئی تھی، لہذا ہم آپ کو یہ خط اور منسلکہ مالی معاونت کی درخواست ارسال کر رہے ہیں۔ اگر آپ نے اس کی درخواست نہیں کی ہو تو براہ مہربانی اسے نظر انداز کر دیں۔ براہ مہربانی دونوں طرف کو پر کریں اور دستخط اور تاریخ شامل کرنے کے بعد اسے ہمیں واپس ارسال کریں۔ اگر آپ نے پچھلے چھ ماہ کے اندر درخواست مکمل کی ہے اور مالی معاونت کے لیے آپ کو منظوری ملی تھی، تو براہ مہربانی ہمیں مطلع کریں۔ ممکن ہے کہ آپ کو نئی درخواست پر کرنے کی ضرورت نہ پیش آئے۔ ہم چھ ماہ سے زیادہ پرانی درخواست پر غور نہیں کریں گے۔

براہ مہربانی درخواست کے ساتھ آمدنی کے ثبوت کے طور پر مندرجہ ذیل میں سے کم از کم ایک دستاویز کی نقل فراہم کریں۔ اگر آپ شادی شدہ ہیں یا اپنے شریک حیات کے ساتھ 6 مہینے سے زیادہ عرصے سے رہ رہے ہوں تو درخواست کی پراسیسنگ سے پہلے اپنی آمدنی کے ثبوت کے طور پر انہیں بھی مندرجہ ذیل میں سے کم از کم ایک دستاویز کی نقل فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

- آجر سے پچھلی 2 سیلری سلپس
- حالیہ ترین ٹیکس ریٹرن کی نقل (خود کے لئے کام کرنے کی صورت میں، تمام شیڈول شامل کریں) سوشل سیکورٹی اور /یا پینشن ریٹائرمنٹ کے عطیے کا خط
- درخواست دہندہ کی عمر 25 سال سے کم ہونے اور اپنے والدین یا سرپرست کے ٹیکس فارمز میں بطور دست نگر درج ہونے کی صورت میں ان کا حالیہ ترین سالانہ ٹیکس ریٹرن
- آمدنی کی تصدیق کے لئے دیگر دستاویزات
- پچھلے 3 ماہ کے بینک سٹیٹمنٹس کی نقلیں
- بے روزگاری کی مراعات کی رسید کی نقل

براہ مہربانی آخر میں اپنے واجب الادا ماہانہ طبی اور ادویات کے اخراجات کے ثبوت کے طور پر دستاویزات بھی فراہم کریں۔

براہ مہربانی جان لیں کہ درخواست پر غور کیے جانے کے لیے آمدنی کے ثبوت کے ساتھ مکمل شدہ درخواست موصول ہونی ضروری ہے۔ ہم نامکمل درخواستوں پر کارروائی کرنے یا ان پر غور کرنے سے قاصر ہیں۔

براہ مہربانی یاد رکھیں کہ انٹرنیٹ پر ای میل کے ذریعے کی گئی مواصلات محفوظ نہیں ہوتی ہیں۔ اگرچہ اس بات کا امکان بہت کم ہے، لیکن ممکن ہے کہ ای میل میں شامل کردہ معلومات تک غیرمجاز رسائی حاصل کرنے کی کوشش کی جائے اور اسے دوسرے فریقین پڑھنے میں کامیاب ہو جائیں۔

ہم آپ کی ذاتی معلومات کی حفاظت اور اس کے تحفظ کو یقینی بنانا چاہتے ہیں۔ چونکہ درخواست میں آپ کا سوشل سیکورٹی نمبر اور دیگر نجی معلومات شامل ہوں گے، اسی لیے ہم آپ کو تلقین کرتے ہیں کہ اسے بذریعہ ای میل ارسال نہ کریں۔

براہ مہربانی مکمل شدہ درخواست کو مندرجہ ذیل پتے پر پرنٹ کر کے ڈاک سے بھیجیں:

Ascension Illinois PFS
Financial Assistance Department: بخدمت:
(محکمہ مالی معاونت)
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

اگر اس درخواست کے بارے میں آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو براہ مہربانی ہمارے کسی مریض کے نمائندے کو 833-272-7585 پر کال کریں۔

مخلص،

مریض کی مالی خدمات
Ascension Illinois

مالی معاونت کا درخواست فارم

اہم: آپ مفت یا رعایتی نگہداشت وصول کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں: اس درخواست کو مکمل کرنے سے Alexian Brothers Health System (الیکسین برادرز ہیلتھ سسٹم)، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کو یہ طے کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا آپ مفت یا رعایتی خدمات یا دیگر ایسے عوامی پروگرام حاصل کر سکتے ہیں یا نہیں جو آپ کی صحت کی نگہداشت کی ادائیگی میں مدد کر سکتے ہیں۔ براہ مہربانی اس درخواست کو کور لیٹر پر درج پتے پر ارسال کریں۔

اگر آپ کے پاس بیمہ نہ ہو تو مفت یا رعایتی نگہداشت کی اہلیت کے لئے سوشل سیکورٹی نمبر درکار نہیں ہے۔ تاہم Medicaid سمیت کئی سرکاری پروگراموں کے لئے سوشل سیکورٹی نمبر درکار ہے۔ سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کرنا ضروری نہیں ہے لیکن یہ Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کے لیے اس بات کے تعین میں معاون ہوگا کہ آیا آپ کسی عوامی پروگرام کے اہل ہیں یا نہیں۔ درخواست میں "اختیاری" کے طور پر نشان زدہ کسی بھی سوالات کے جواب دینے (یا جواب نہ دینے سے) درخواست کے نتیجے پر کوئی بھی اثر نہیں پڑے گا۔

براہ کرم اس فارم کو پُر کریں اور اسے Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں، کو بذات خود، بذریعہ ڈاک، الیکٹرانک میل کے ذریعے، یا فیکس کے ذریعے مفت یا رعایتی نگہداشت کے لیے درخواست دینے کے لیے سروس کی تاریخ کے بعد جلد از جلد جمع کرائیں۔ ہم آپ کی نگہداشت کی پہلی بل کے جاری ہونے کے 240 روز کے اندر یہ درخواست قبول کریں گے۔ یہ درخواست جمع کر کے آپ اعتراف کرتے ہیں کہ آپ نے درخواست میں تمام مطلوبہ معلومات فراہم کرنے کی نیک نیتی کے ساتھ کوشش کی ہے تاکہ یہ طے کرنے میں آسان ہو۔ اگر آپ کے پاس درخواست کے عمل کے تعلق سے کوئی سوالات ہوں، تو آپ اپنے سوالات یا خدشات کے بارے میں 833-272-7585 پر Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کے مشاورت کے شعبہ سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

بغیر بیمہ والے مریض کی رعایت کی درخواست کے عمل یا اسپتال کی مالی معاونت کے عمل کے بارے میں شکایات یا خدشات کو Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (الینوائے اٹارنی جنرل کے ہیلتھ کیئر بیورو) میں رپورٹ کیا جا سکتا ہے۔ Health Care Bureau کی ٹول فری ہاٹ لائن 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) ہے۔

مریض کی معلومات

(براہ مہربانی علیحدہ حروف میں لکھیں اور تمام خانے پُر کریں۔ درخواست کی کسی بھی علیحدہ لائن پر قابل اطلاق نہ ہونے پر لاگو نہیں لکھیں)

تاریخ _____ اکاؤنٹ نمبر _____

نام (پہلا اور آخری) _____

تاریخ پیدائش _____ فون نمبر _____ ازدواجی حیثیت _____

اختیاری - جنسی شناخت - کیا آپ خود کو اس طرح سمجھتے ہیں: مرد عورت مخنث مرد/بین جنسی مرد/عورت سے مرد (FTM)

مخنث عورت/بین جنسی عورت/مرد سے عورت (MTF) جینڈر کونیر/جنسی عدم مطابقت خاص طور پر نہ مرد اور نہ ہی عورت

اضافی جنسی زمرہ (یا دیگر)

اختیاری - جنسی شناخت: آپ کے پیدائش کے سرٹیفکیٹ میں اصلا کون سی جنس درج تھی؟: مرد عورت

اختیاری - نسل: سفید فام سیاہ فام یا افریقی امریکی امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا باشندہ ایشیائی ہندوستانی چینی فلپینو جاپانی کوریائی ویتنامی دیگر

ایشیائی جزائر ہوائی کا باشندہ گوامانین یا جمورو جزیرہ ساموا کا باشندہ دیگر پیسیفک جزیرہ کا باشندہ

اختیاری - نسلی اصلیت: ہسپانوی، لاطینی/اور، یا ہسپانوی نژاد میکسیکن، میکسیکن امریکی، چکانو/اور پورٹو ریکن

کیوبائی دیگر ہسپانوی، لاطینی/اور یا ہسپانوی نژاد

اختیاری - زبان - کیا آپ گھر پر انگریزی کے علاوہ دوسری زبان بولتے ہیں؟: ہاں نہیں

اگر ہاں، تو کون سی زبان؟: _____

ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

اختیاری - سوشل سیکورٹی نمبر _____

آجر _____ ملازمت کی کیفیت _____

آجر کا فون نمبر _____

ذمہ دار فریق کی معلومات/قانونی سرپرست کی معلومات

(اگر مذکورہ بالا مریض اور ذمہ دار فریق ایک ہی ہوں تو اس حصے کو خالی چھوڑ دیں۔)

نام (پہلا اور آخری) _____

تاریخ پیدائش _____ ازدواجی حیثیت _____ فون نمبر _____

ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ ملازمت کی کیفیت _____

ذمہ دار فریق کے شریک حیات کی معلومات

(اگر مریض اور ذمہ دار فریق ایک ہی ہوں تو مریض کے شریک حیات کی معلومات پر کریں۔)

نام (پہلا اور آخری) _____

تاریخ پیدائش _____ ازدواجی حیثیت _____ فون نمبر _____

ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ ملازمت کی حیثیت _____

آجر کا فون نمبر _____

ذمہ دار فریق کے لواحقین

(اگر مریض اور ذمہ دار فریق ایک ہی ہوں تو مریض کے شریک حیات کی معلومات پر کریں۔)

نام _____ تاریخ پیدائش _____ ذمہ دار پارٹی سے رشتہ _____

نام _____ تاریخ پیدائش _____ ذمہ دار پارٹی سے رشتہ _____

نام _____ تاریخ پیدائش _____ ذمہ دار پارٹی سے رشتہ _____

نام _____ تاریخ پیدائش _____ ذمہ دار پارٹی سے رشتہ _____

گھر میں رہنے والے بالغوں اور بچوں کی تعداد _____

ماہانہ آمدنی

(نیچے درج ہر آئٹم کے لئے ڈالر میں رقم درج کریں۔ ہر ایک کے لئے ماہانہ رقم درج کریں۔)

درخواست گزار کی کمائی ہوئی آمدنی _____ حاصل ہونے والی بچے کی مدد _____

درخواست گزار کے شریک حیات کی آمدنی _____ حاصل ہونے والا نان نفقہ _____

سوشل سیکورٹی کے فوائد _____ کرایہ کی جائیداد سے آمدنی _____

پنشن/ریٹائرمنٹ کی آمدنی _____ فوڈ اسٹیمپس _____

معذوری کی آمدنی _____ حاصل ہونے والی ٹرسٹ فنڈ کی تقسیم _____

بے روزگاری کا معاوضہ _____ دیگر آمدنی _____

ملازمین کا معاوضہ _____ کل مجموعی ماہانہ آمدنی _____

سود/منافع کی آمدنی _____

ماہانہ اخراجات

Ascension Illinois کی مالی معاونت کی پالیسی میں کی گئی وضاحت کے مطابق جو مریض ممکنہ طور پر مالی معاونت کے اہل ہیں انہیں اس سیکشن کو مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

_____	رہن/کرایہ
_____	یوٹیلیٹیز
_____	فون (لینڈ لائن)
_____	سیل فون
_____	کرایہ سامان/کھانا
_____	کیبل/انٹرنیٹ/سیٹلائٹ ٹی وی
_____	کار کی ادائیگی
_____	بچے کی نگہداشت
_____	بچے کی مدد/نان نفقہ
_____	کریڈٹ کارڈ
_____	ڈاکٹر/ہسپتال کے بل
_____	کار/آٹو کا بیمہ
_____	گھر/جائیداد کا بیمہ
_____	میڈیکل/صحت کا بیمہ
_____	زندگی کا بیمہ
_____	دیگر ماہانہ اخراجات
_____	مجموعی ماہانہ اخراجات

اثاثہ جات

_____	نقد/بچت/چیکنگ اکاؤنٹس
_____	اسٹاکس/بائڈز/سرمایہ کاریاں/
_____	CD دیگر رینل اسٹیٹ/ٹانوی رہائش
_____	کشتی/RV/موٹر سائیکل/تفریحی گاڑی
_____	کلیکٹر آٹو موبائلز/غیر ضروری آٹو موبائلز
_____	صحت کی بچت/لچکدار اسپینڈنگ اکاؤنٹ گاڑی

میں Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کو بیرونی کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیوں سے معلومات حاصل کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست میں شامل معلومات میرے علم کے مطابق حقیقی اور درست ہے۔ میں اپنی طبی بلز کی ادائیگی میں معاونت کے لئے کسی بھی ایسی ریاستی، وفاقی یا مقامی معاونت کی درخواست دوں گا/گی جس کی میں اہلیت رکھتا/رکھتی ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ فراہم کردہ معلومات کی Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کے ذریعہ تصدیق کی جا سکتی ہے اور میں Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کو اختیار دیتا ہوں کہ وہ اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کی درستگی کی تصدیق کرنے کے لیے فرق ثالث سے رابطہ کرے۔ میں یہ بات سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس درخواست میں غلط معلومات فراہم کرنے کی صورت میں، میں مالی معاونت کے لئے نااہل ہو جاؤں گا/گی، مجھے فراہم کردہ مالی معاونت منسوخ کی جاسکتی ہے، اور بل کی ادائیگی کی ذمہ داری مجھ پر عائد ہوگی۔

_____ درخواست گزار کا دستخط

_____ تاریخ

تبصرہ جات