

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 ڈیٹول 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 اسٹیٹمنٹس 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۔

براه 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۔

براه 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 غیر مجاز رسائی حاصل کرنے کی کوشش کی جائے اور اسے دوسرے فریقین پڑھنے میں کامیاب ہوجائیں۔

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۔

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

Ascension Illinois PFS  
بخدمت: Financial Assistance Department  
(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 ذریعہ، 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 Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کی مدد کر سکیں کہ آیا مریض مالی معاونت کا اہل ہے یا نہیں۔ اگر آپ کے پاس درخواست کے عمل کے تعلق سے کوئی سوالات ہوں، تو آپ اپنے سوالات یا خدشات کے بارے میں 7585-272-833 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 پر 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 قریبی امریکی  امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا باشندہ  ایشیائی ہندوستانی  چینی  فلپینو  جاپانی  کوریائی  ویتنامی  دیگر ایشیائی  جزائر ہوائی کا باشندہ  گوامانین یا چمورو  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؟ \_\_\_\_\_

زپ \_\_\_\_\_

ریاست \_\_\_\_\_

شہر \_\_\_\_\_

ڈاک کا پتہ \_\_\_\_\_

اختیاری - سوشل سیکورٹی نمبر \_\_\_\_\_

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

(نچے 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 مدد 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 لسٹیمپس \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

## مابانہ 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۔

بچے کی مدد/نان نفقہ \_\_\_\_\_  
ریٹ/کرایہ \_\_\_\_\_  
ڈاکٹر/ہسپتال کے بل \_\_\_\_\_ فون (لینڈ لائن) \_\_\_\_\_  
کار/قو کا بیمہ \_\_\_\_\_ سیل فون \_\_\_\_\_  
گھر/جانیداد کا بیمہ \_\_\_\_\_ کریانہ سامان/کھانا \_\_\_\_\_  
میڈیکل/صحت کا بیمہ \_\_\_\_\_ کیبل/انٹرنیٹ/سیٹلائٹ ٹی وی \_\_\_\_\_  
زندگی کا بیمہ \_\_\_\_\_ کار کی ادائیگی \_\_\_\_\_  
دیگر مابانہ اخراجات \_\_\_\_\_ بچے کی نگہداشت \_\_\_\_\_ مجموعی \_\_\_\_\_  
مابانہ اخراجات \_\_\_\_\_

## اثاثہ جات

نقد/بچت/چیکنگ اکاؤنٹس \_\_\_\_\_  
سٹاکس/بائڈز/سرمایہ \_\_\_\_\_ کاریاں/CD \_\_\_\_\_  
دیگر ریئل اسٹیٹ/ٹانوی رہائش \_\_\_\_\_  
کشتی/RV/موٹر سائیکل/تفریحی گاڑی \_\_\_\_\_  
کلیکٹر قو موبائلز/غیر ضروری قو 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 لئے 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