



# Ascension

[Date]

محترم مریض/درخواست دہندہ،

اسینشن احساس ہمدردی کی بنیاد پر چلتی ہے اور سب کے لیے ذاتی نگہداشت کی فراہمی کے لیے کوشاں ہے۔ خاص طور سب سے زیادہ ضرورت مند لوگوں کے لیے۔ 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۔ آپ کی صحت کی نگہداشت کی تمام ضروریات کے لیے آپ اور آپ کے خاندان کی نگہداشت کرنے کے لیے ہم پر بھروسہ 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 نظرانداز 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 دوران مالی امداد کے لیے درخواست ارسال کی ہو اور اسے منظور کر لیا گیا ہو تو ہمیں مطلع کریں۔ ہو سکتا ہے آپ کو نئی درخواست مکمل کرنے کی ضرورت نہ ہو۔ بدقسمتی سے، ہم چھ ماہ سے زیادہ پرانی درخواست پر بھروسہ کرنے سے قاصر ہیں۔

درخواست کے ساتھ، آپ کو اپنے گھر کی آمدنی کی تصدیق اور گھر کے کسی بھی رکن کی ملکیت والے تمام اثاثہ جات کی تصدیق فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

## آمدنی اور اثاثہ جات کے ثبوت کی مثالوں میں شامل ہیں:

- آجر سے پچھلی 3 سیلری سلیپس کی کاپیاں
- 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
- بے روزگاری کی مراعات کی رسید کی نقل
- Medicaid اور/یا ریاست کی مالی اعانت سے چلنے والی طبی امداد کے لیے اہلیت کی منظوری/انکار
- آمدنی کی تصدیق کے لئے دیگر دستاویزات

## اثاثہ جات کے ثبوت کی مثالوں میں شامل ہیں:

- پچھلے 3 مہینوں سے موجودہ بینک اسٹیٹمنٹس (چیکنگ اور سیونگ اکاؤنٹس)
- سرمایہ کاری، بشمول اسٹاک اور بانڈز
- ٹرسٹ فنڈز
- منی مارکیٹ اکاؤنٹس
- میوجوئل فنڈز

اگر آپ کے خاندان کا کوئی فرد یا آپ کا کوئی دوست آپ کی مالی طور پر امداد کر رہے ہوں یا اگر آپ کے ساتھ ان کے گھر میں رہتے ہوں تو براہ مہربانی ان سے "معاونت کا خط" نامی منسلکہ فارم پر کروائیں۔ اس سے آپ کی طبی بلز کی ذمہ داری ان پر عائد نہیں ہوگی۔ اس سے ہمیں معلوم ہوگا کہ آپ اپنے اخراجات کس طرح برداشت کرنے کے اہل ہیں۔ اگر آپ اپنے خاندان سے تعلق رکھنے والے افراد اور دوستوں سے مالی امداد حاصل نہیں کر رہے ہوں تو آپ کو معاونت کے خط کا فارم پر کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

آخر میں، ہم آپ کے بقایا طبی بلوں پر غور کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں تاکہ آپ کو مالی امداد کے لیے اہل بنایا جا سکے۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ ہم اس پر غور کریں، تو براہ کرم اپنے بقایا ماہانہ طبی اور فارمیسی/ادویات کے اخراجات، جیسے موجودہ رسیدیں یا اکاؤنٹ بیلنس کے اسٹیٹمنٹس بھی فراہم کریں۔ براہ کرم یاد رکھیں کہ (1) مکمل کردہ درخواست کے ساتھ (2) آمدنی کا ثبوت، (3) اثاثہ

جات، اور 4) بقایا میڈیکل بلز (اگر قابل اطلاق ہوں) درخواست پر غور کرنے کے لیے موصول ہونا ضروری ہے۔ ہم نامکمل درخواستوں پر عمل یا غور نہیں کر پائیں گے۔

اپنی درخواست جمع کروانے وقت، براہ مہربانی یاد رکھیں کہ انٹرنیٹ پر ای میل کے ذریعے کی گئی مواصلت محفوظ نہیں ہوتی ہے۔ 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 کرم اپنی مکمل بھری ہوئی درخواست اور معاون دستاویزات پرنٹ کریں اور بذریعہ ڈاک ارسال کریں یا ذاتی طور پر اس پتے پر پہنچادیں:

Facility/ Office where services were/ will be provided	Mail Completed Application To:
Ascension St. John Hospital	22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Warren Campus	11800 Twelve Mile Rd, Warren, MI 48093
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Madison Heights Campus	27351 Dequindre Rd, Madison Heights, MI 48071
Ascension Providence Hospital	16001 W Nine Mile Rd, Southfield, MI 48075
Ascension Providence Park Hospital	47601 Grand River Ave, Novi, MI 48374
Ascension River District Hospital	4100 River Rd, East China, MI 48054
Ascension Medical Group - Physician Services	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240

ہم یہاں مدد کرنے کے لیے موجود ہیں اور اس یہ یقینی بنانا چاہتے ہیں کہ جو مریض مالی امداد کے لیے اہل ہیں وہ اسے حاصل کریں۔ اگر آپ کو اس درخواست، مطلوبہ معاون دستاویزات، یا آپ کی درخواست ہم تک کیسے پہنچائی جائے اس کے بارے میں کوئی سوال پوچھنا ہو، تو براہ کرم ہمارے کسی بھی مریض کے نمائندے کو [xxx-xxx-xxxx] پر کال کریں۔

Facility/Office where service were/will be provided	Phone #
Ascension Macomb-Oakland Hospitals	888-329-0421
Ascension St. John Hospital, Detroit	877-809-6191
Ascension Providence Hospital	800-878-2455
Ascension Providence Park Hospital	800-878-2455
Ascension River District Hospital	810-329-5318

مخلص،

پیشنت فائنانشیل سروسز اسینشن



Ascension

## فارم برائے مالی معاونت کی درخواست

### مریض کی معلومات

(اگر مریضی علیحدہ حروف میں لکھیں اور تمام خانے پر کریں، اگر درخواست کا کوئی بھی خانہ نقلی اطلاق ہو تو NA لکھیں)

تاریخ \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ کا نمبر \_\_\_\_\_ ہسپتال کا نام \_\_\_\_\_

نام (ہیپال اور آخری) \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_ ازدواجی حیثیت \_\_\_\_\_ فون نمبر \_\_\_\_\_

پتہ \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست \_\_\_\_\_ زپ \_\_\_\_\_

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) \_\_\_\_\_

آجر \_\_\_\_\_ آجر کی حیثیت \_\_\_\_\_

فی ہفتہ مالزمت کے گھنٹوں کی تعداد \_\_\_\_\_ آجر کا فون نمبر \_\_\_\_\_

### نمہ دار فریق کی معلومات/قانونی سرپرست کی معلومات

(اگر منکرہ بال مریض اور نمہ دار فریق ایک ہی ہوں تو اس حصے کو خالی چھوڑ دیں)

نام (ہیپال اور آخری) \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_ ازدواجی حیثیت \_\_\_\_\_ فون نمبر \_\_\_\_\_

پتہ \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست \_\_\_\_\_ زپ \_\_\_\_\_

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) \_\_\_\_\_

آجر \_\_\_\_\_ آجر کی حیثیت \_\_\_\_\_

فی ہفتہ مالزمت کے گھنٹوں کی تعداد \_\_\_\_\_ آجر کا فون نمبر \_\_\_\_\_

### نمہ دار فریق کے شریک حیات کی معلومات

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

نام (ہیپال اور آخری) \_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_ ازدواجی حیثیت \_\_\_\_\_ فون نمبر \_\_\_\_\_

پتہ \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست \_\_\_\_\_ زپ \_\_\_\_\_

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) \_\_\_\_\_

آجر \_\_\_\_\_ آجر کی حیثیت \_\_\_\_\_

فی ہفتہ مالزمت کے گھنٹوں کی تعداد \_\_\_\_\_ آجر کا فون نمبر \_\_\_\_\_

### نمہ دار فریق کے لواحقین

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

نام _____	تاریخ پیدائش _____	نمہ دار فریق کے ساتھ رشتہ _____
نام _____	تاریخ پیدائش _____	نمہ دار فریق کے ساتھ رشتہ _____
نام _____	تاریخ پیدائش _____	نمہ دار فریق کے ساتھ رشتہ _____
نام _____	تاریخ پیدائش _____	نمہ دار فریق کے ساتھ رشتہ _____

گھر میں رہنے والے بالغ افراد اور بچوں کی تعداد \_\_\_\_\_

## مابانہ آمدنی

اچھے درج پر اٹیٹم کے لئے ٹائل میں رقم کریں۔ ہر ایک کے لئے ملانہ رقم درج کریں۔

درخواست کنندہ کی آمدنی	_____
درخواست کنندہ کے شریک حیات کی آمدنی	_____
سوشل سیکورٹی کی مراعات	_____
پینشن/ملازمت سے دستبرداری سے حاصل کردہ آمدنی	_____
معذوری کے باعث حاصل کردہ آمدنی	_____
بے روزگاری کا معاوضہ	_____
ملازمت کا معاوضہ	_____
سود/ڈیویڈنڈز سے حاصل کردہ آمدنی	_____
حاصل کردہ چائلڈ سپورٹ	_____
حاصل کردہ المیونی	_____
جائیداد سے موصول ہونے والی کرایہ	_____
فوڈ سٹیپنڈ	_____
ٹرسٹ فنڈ کی رقم	_____
دیگر آمدنی	_____
دیگر آمدنی	_____
کل مجموعی مابانہ آمدنی \$	_____

## مابانہ اخراجات

مارٹگیج/کرایہ	_____
بجلی/گیس/پانی	_____
فون (لینڈ لائن)	_____
موبائل فون	_____
کھانے پینے کے اشیاء	_____
کیل/انٹرنیٹ/سیٹلٹ ٹی وی	_____
گاڑی کی قسط کی ادائیگی	_____
بچوں کی دیکھ بھال	_____
بچوں کی دیکھ بھال کے لئے اخراجات/طالق کے بعد کے اخراجات	_____
کریڈٹ کارڈز	_____
ڈاکٹر/ہسپتال کے بل	_____
گاڑی/اٹو کا بیمہ	_____
گھر/جائیداد کا بیمہ	_____
طبی/صحت کا بیمہ	_____
الف انشورنس	_____
دیگر مابانہ اخراجات	_____
کل مابانہ اخراجات \$	_____

## اثاثہ جات

نقد/سیونگ/چیکنگ اکاؤنٹس	_____
سٹاکس/بونڈز/سرمایہ کاری/CD(s)	_____
دیگر ریل ایسٹیٹ/دوسری رہائش	_____
کنٹی/آر وی/موٹر سائیکل/تفریحی گاڑی	_____
پرانی گاڑیاں/غیر ضروری گاڑیاں	_____
دیگر اثاثہ جات	_____

میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا معلومات میری معلومات کے مطابق حقیقی اور درست ہے۔ میں بذریعہ بنا ہسپتال کو ضرورت محسوس ہونے کی صورت میں بیرونی کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیوں سے معلومات حاصل کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

درخواست دہندہ کا دستخط  
\_\_\_\_\_

تاریخ  
\_\_\_\_\_

## تبصرے

---

---

---

---

---

---



# Ascension

## معاونت کے لئے خط

\_\_\_\_\_ مریض کا طبی ریکارڈ نمبر/اکاؤنٹ نمبر

\_\_\_\_\_ معاونت دہندہ کا نام

\_\_\_\_\_ مریض/درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ

\_\_\_\_\_ معاونت کنندہ کا پتہ

بطرف Ascension:

اس خط کا مقصد یہ بتانا ہے کہ (مریض کا نام) \_\_\_\_\_ کی کوئی آمدنی نہیں ہے یا بہت کم آمدنی ہے، اور میں انہیں ان کے اخراجات میں معاونت فراہم کر رہا/کر رہی ہوں۔ ان کی میری طرف کوئی نمہ داری نہیں ہے۔

اس بیان پر دستخط کرنے کا مطلب ہے کہ میں اس بات کا اعتراف کرتا/کرتی ہوں کہ فراہم کردہ معلومات میری معلومات کے مطابق درست ہیں۔

\_\_\_\_\_ معاونت کنندہ کا دستخط

\_\_\_\_\_ تاریخ