



Ascension

محترم مریض/درخواست کنندہ،

Ascension جذبہ ہمدردی کے تحت کام کرتا ہے اور تمام افراد کے لیے ذاتی نوعیت کی نگہداشت فراہم کرنے کے لیے وقف ہے۔ خاص طور پر ان لوگوں کے لیے جو سب سے زیادہ مستحق ہیں۔ 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 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 میں درخواست مکمل کی ہے اور مالی معاونت کی منظوری مل گئی ہے، تو براہ کرم ہمیں آگاہ کریں۔ عین ممکن ہے کہ آپ کو نئی درخواست مکمل کرنے کی ضرورت نہ پڑے۔ بدقسمتی سے ہم اس سابقہ درخواست پر انحصار نہیں کر سکتے جو چھ ماہ سے زیادہ پرانی ہے۔

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:

- اجر سے پچھلی 3 سیلری سلپس 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
- اگر والدین یا سرپرست کے ٹیکس فارم پر درخواست دہندہ بطور زیر کفالت فرد درج ہے اور اس کی عمر 25 سال سے کم ہے تو ان کا تازہ 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
- میوچوئل فنڈ

آخر میں، ہم آپ کے بقایا طبی بلوں کو مدنظر رکھ سکتے ہیں تاکہ آپ مالی معاونت کے لیے اہل ہو سکیں۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ ہم اس پر غور کریں، تو براہ کرم اپنے ماہانہ بقایا طبی اور فارمیسی/ادویات کے اخراجات کی دستاویزات بھی فراہم کریں، جیسے موجودہ انوائسز یا اکاؤنٹ بیلنس اسٹیٹمنٹس۔ براہ کرم آگاہ رہیں کہ درخواست کو زیر غور لانے کی خاطر (1) مکمل شدہ درخواست کے ساتھ (2) آمدنی کا ثبوت، (3) اثاثے، اور (4) بقایا طبی بل (اگر قابل اطلاق ہوں) موصول ہونا ضروری ہے۔ ہم ان درخواستوں پر عمل کاری نہیں کرتے یا زیر غور نہیں لاتے جو مکمل نہ ہوں۔

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

**Ascension Seton - Patient Financial
Services Attn: Financial Counselors
P.O. Box 204301
Dallas TX, 75320-4301
800-749-7624**

**Ascension Medical Group
Financial Assistance Department : بنام
P.O. Box 80278
Indianapolis, IN 46240-9998
833-263-9789**

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، درکار معاون دستاویزات یا اپنی درخواست ہم تک پہنچانے کے بہترین طریقے کے بارے میں کوئی سوالات درپیش ہوں تو براہ کرم ہمارے کسی نمائندگان برائے مریض کو 512-324-1125 پر کال کریں۔

خیر اندیش،

Patient Financial
Services Ascension

مالی معاونت کی درخواست فارم



**Ascension
Seton**

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 _____ ازدواجی حیثیت _____ فون نمبر _____

ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ ملازمت کی حیثیت _____

بقتے میں کام کے گھنٹوں کی تعداد _____ 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 سیکیورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ ملازمت کی حیثیت _____

بقتے میں کام کے گھنٹوں کی تعداد _____ آجر کا فون نمبر _____

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 سیکیورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ ملازمت کی حیثیت _____

بقتے میں کام کے گھنٹوں کی تعداد _____ آجر کا فون نمبر _____

ذمہ دار فریق کے زیر کفالت افراد

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

نام _____	تاریخ پیدائش _____	ذمہ دار فریق سے تعلق _____
نام _____	تاریخ پیدائش _____	ذمہ دار فریق سے تعلق _____
نام _____	تاریخ پیدائش _____	ذمہ دار فریق سے تعلق _____
نام _____	تاریخ پیدائش _____	ذمہ دار فریق سے تعلق _____

گھرانے میں مقیم بالغ افراد 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۔)

موصولہ امداد اطفال	درخواست دہندہ کی کمائی ہوئی آمدنی
موصولہ نان نفقہ	درخواست دہندہ کے/کی شریک حیات کی آمدنی
جائیداد کے کرائے کی آمدنی	سوشل سیکیورٹی فوائد
فوڈ اسٹیمپس	پینشن/ریٹائرمنٹ کی آمدنی
ٹرسٹ فنڈ کی تقسیم سے موصولہ رقم	معزوری کی آمدنی
دیگر آمدنی	بے روزگاری کا معاوضہ
دیگر آمدنی	ورکرز کمپنیشن
کل مجموعی ماہانہ آمدنی \$	سود/منافع سے ہونے والی آمدنی

ماہانہ اخراجات

امداد اطفال/نان نفقہ	رہن/کرایہ
کریڈٹ کارڈز	یوٹیلیٹیز
ڈاکٹر/ہسپتال کے بل	فون (لینڈ لائن)
کار/اٹو انشورنس	موبائل فون
گھر/جائیداد کی انشورنس	گروسری/کھانا
طبی/صحت کی انشورنس	کیبل/انٹرنیٹ/سیٹلائٹ ٹی وی
لائف انشورنس	گاڑی کی ادائیگی
دیگر ماہانہ اخراجات	نگہداشت اطفال
کل ماہانہ اخراجات \$	

اثاثہ جات

نقد/بچت/چیکنگ اکاؤنٹس
اسٹاکس/بائڈرز/سرمایہ کاری/CD(s)
دیگر جائیداد/ثانوی رہائش
کشتی/RV/موٹر سائیکل/تفریحی گاڑی
کلکٹر گاڑیاں/غیر ضروری گاڑیاں
دیگر اثاثے

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

درخواست دہندہ کے دستخط

تاریخ

تبصرے
