



# Ascension

محترم مریض/درخواست دہندہ،

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۔ اپنے مریضوں کے لیے مالی معاونت مہیا کرنا ہی ہمارا مقصد اور اعزاز 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 کرم اسے نظرانداز کر دیں۔ براہ کرم دونوں اطراف کو پُر کریں اور دستخط اور تاریخ شامل کرنے کے بعد اسے ہمیں واپس ارسال کریں۔ اگر آپ نے پچھلے چھ ماہ میں کوئی درخواست مکمل کی ہے اور مالی معاونت کی منظوری مل گئی تھی، 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 گھرانے کی آمدنی کی تصدیق اور گھر کے کسی بھی فرد خانہ کی ملکیت والے تمام اثاثہ جات کی تصدیق فراہم کرنے کی ضرورت ہو گی۔

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

- آجر 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 کی منظوری کا خط
- والدین یا سرپرست کا حالیہ ترین سالانہ ٹیکس ریٹرن، بشرطیکہ درخواست دہندہ ان کے ٹیکس فارم پر درج شدہ زیر کفالت فرد ہو اور اس کی عمر 25 سال سے کم ہو
- 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

آخرکار، ہم آپ کے بقایا طبی بلوں کو مدنظر رکھتے ہوئے آپ کو مالی معاونت کے لیے اہل قرار دے سکتے ہیں۔ 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 اثاڑ، 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 کرم یاد رکھیں کہ انٹرنیٹ پر ای میل کے ذریعے کی گئی مواصلت محفوظ نہیں ہوتی۔ 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 مخاطب فرد کے علاوہ دوسرے فریقین پڑھنے میں کامیاب ہو جائیں۔ ہم آپ کی ذاتی معلومات کی حفاظت اور ان کے تحفظ کو یقینی بنانا چاہتے ہیں۔ چونکہ درخواست میں آپ کا سوشل سیکورٹی نمبر اور دیگر نجی معلومات شامل ہوں گی، اسی لیے ہم آپ کو تلقین کرتے ہیں کہ اسے بذریعہ ای میل ارسال نہ کریں۔

براہ کرم اپنی مکمل کردہ درخواست اور معاون دستاویزات پرنٹ کریں اور بذریعہ ڈاک ارسال کریں یا ذاتی طور پر اس پتے پر پہنچا دیں:

**Ascension Providence - Patient Financial Services**

**Attn: Financial Counselors**

**P.O. Box 206767**

**Dallas TX, 75320**

**800-291-1493**

**میڈیکل گروپ Ascension**

**بنام: Financial Assistance Department**

**P.O. Box 80278**

**Indianapolis, IN 46240-9998**

**833-263-9789**

ہم یہاں مدد کرنے کے لیے موجود ہیں اور یہ یقینی بنانا چاہتے ہیں کہ جو مریض مالی معاونت کے لیے اہل ہیں وہ اسے حاصل کریں۔ اگر آپ کا اس درخواست، درکار معاون دستاویزات، یا اپنی درخواست ہم تک پہنچانے کے بہترین طریقے کے بارے میں کوئی سوال ہو تو براہ کرم ہمارے مریض کے نمائندگان میں سے کسی کو 512-324-1125 پر کال کریں۔

خیراندیش،

Patient Financial Services Ascension



Ascension  
Seton

## فارم برائے مالی معاونت کی درخواست

### مریض کی معلومات

(براہ کرم جلی حروف میں لکھیں اور تمام خانے پُر کریں۔ اگر درخواست کی کوئی بھی انفرادی لائن لاگو نہ ہو تو ناقابل اطلاق کی نشاندہی کریں)

تاریخ \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ نمبر \_\_\_\_\_  
نام (پہلا اور آخری) \_\_\_\_\_  
تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_ ازدواجی حیثیت \_\_\_\_\_ فون نمبر \_\_\_\_\_  
ڈاک کا پتہ \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری) \_\_\_\_\_  
آجر \_\_\_\_\_ ملازمت کی حیثیت \_\_\_\_\_  
فی ہفتہ 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 \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری) \_\_\_\_\_  
آجر \_\_\_\_\_ ملازمت کی حیثیت \_\_\_\_\_  
فی ہفتہ 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 \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری) \_\_\_\_\_  
آجر \_\_\_\_\_ ملازمت کی حیثیت \_\_\_\_\_  
فی ہفتہ 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۔)

موصول کردہ امداد اطفال	درخواست دہندہ کی کمائی گئی آمدنی
موصول کردہ نان و نفقہ	درخواست دہندہ کے شریک حیات کی آمدنی
کرایہ کی جائیداد سے حاصل ہونے والی آمدنی	سوشل سیکیورٹی فوائد
فوڈ اسٹامپس	پنشن/ریٹائرمنٹ کی آمدنی
ٹرسٹ فنڈ سے حاصل شدہ رقم	معذوری کی آمدنی
دیگر آمدنی	بے روزگاری کا معاوضہ
دیگر آمدنی	ورکرز کمپنیشن
کل ماہانہ مجموعی آمدنی \$	سود/منافع کی آمدنی

## ماہانہ گزربسر کے اخراجات

امداد طفل/نان و نفقہ	رہن/کرایہ
کریڈٹ کارڈز	یوٹیلیٹیز
ڈاکٹر/ہسپتال کے بل	فون (لینڈ لائن)
کار/آٹو انشورنس	سیل فون
گھر/پراپرٹی کی انشورنس	گروسری/کھانا
طبی/ہیلتھ انشورنس	کیبل/انٹرنیٹ/سیٹلائٹ ٹی وی
لائف انشورنس	گاڑی کی ادائیگی
دیگر ماہانہ اخراجات	نگہداشت طفل
کل ماہانہ اخراجات \$	

## اثاثہ جات

نقد/بچت/چیکنگ اکاؤنٹس
اسٹاکس/بانڈز/سرمایہ کاری/CD(s)
دیگر ریئل اسٹیٹ/ٹانوی رہائش
کشتی/RV/موٹر سائیکل/تفریحی گاڑی
کلیکٹر گاڑیاں/غیر ضروری گاڑیاں
دیگر اثاثے

میں یہاں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا معلومات میرے علم کے مطابق حقیقی اور درست ہیں۔ 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

---

---

---

---

---