



Ascension

فارم برائے مالی معاونت کی درخواست

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 _____

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

ذمہ دار فریق کی معلومات/قانونی سرپرست کی معلومات

(اگر منکورہ 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 _____

ہفتے 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 _____

ہفتے 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۔)

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

ماہانہ گزربسر کے اخراجات

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

اثاثہ جات

نقد/بچت/چیکنگ اکاؤنٹس
اسٹاکس/بائڈز/سرمایہ کاری/CD(s)
دیگر جائیداد/ٹانوی رہائش
کشتی/RV/موٹر سائیکل/تفریحی گاڑی
کلیکٹر 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

تبصرہ جات



Ascension

[تاریخ]

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۔ ہمارے مریضوں کو مالی امداد پیش کرنا ہمارا نصب العین ہے اور ہمارے لیے باعثِ 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 منسلک 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 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 چھ ماہ سے زیادہ پرانی درخواست پر انحصار نہیں کر سکتے۔

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 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
- 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
- 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 فنڈز

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 کی اسٹیٹمنٹس۔ براہ کرم جان لیں کہ درخواست پر غور کے لیے (1) مکمل شدہ درخواست، (2) آمدنی کا ثبوت، (3) اثاثے، اور (4) بقایا طبی بل (اگر قابل اطلاق ہوں) موصول ہونا ضروری ہے۔ ہم ان درخواستوں پر کارروائی کرنے یا انہیں زیر غور لانے کے قابل نہیں 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 پہنچائیں:

Ascension Wisconsin
PO Box 860496
Minneapolis, MN 55486-0496

ہم یہاں مدد کرنے کے لیے موجود ہیں اور یہ یقینی بنانا چاہتے ہیں کہ جو مریض مالی امداد 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 877-304-6332 پر کال کریں۔

مخلص،

پیشینٹ فنانشل سروسز
اسینشن