



Ascension

فارم برائے مالی معاونت کی درخواست

ٹائوی فارم – Wisconsin Avenue Family Practice/St Joseph's Women's
Outpatient Center

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 _____
ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____
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 _____ فون نمبر _____
ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____
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۔)

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

ماہانہ گزربسر کے اخراجات

امداد اطفال	رین/کرایہ
کریڈٹ کارڈز	یوٹیلیٹیز
ڈاکٹر/ہسپتال کے بل	فون (لینڈ لائن)
کار/آٹو 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 \$	

میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا معلومات میری معلومات 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 گزار کے دستخط

تاریخ

تبصرے



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۔ 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 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 ساتھ، آپ کو اپنے گھرانے کی آمدنی کی تصدیق بھی فراہم کرنی ہو گی۔

آمدنی کے ثبوت کی مثالیں:

- آجر سے موصولہ 3 حالیہ ترین 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
- بے روزگاری کی مراعات کی رسید کی نقل
- آمدنی کی تصدیق کے لیے دیگر دستاویزات

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 پُر کروائیں۔ اس سے آپ کی طبی بلز کی ذمہ داری ان پر عائد نہیں ہو گی۔ اس سے ہمیں معلوم ہوگا کہ آپ اپنے اخراجات کس طرح برداشت کرنے کے اہل ہیں۔ اگر آپ اپنے خاندان کے افراد اور دوستوں سے مالی امداد حاصل نہیں کر رہے تو آپ کو معاونت کے خط کا فارم پُر کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

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 جان لیں کہ درخواست پر غور کرنے کے لیے (1) مکمل شدہ درخواست، (2) آمدنی کا ثبوت، اور (3) بقایا طبی بل (اگر قابل اطلاق ہوں) وصول کرنا 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۔ 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 ہوجائیں۔ ہم آپ کی ذاتی معلومات کی حفاظت اور اس کے تحفظ کو یقینی بنانا چاہتے ہیں۔ چونکہ درخواست میں آپ کا سوشل سیکیورٹی نمبر اور دیگر نجی معلومات شامل ہیں، لہذا ہم آپ سے درخواست کرتے ہیں کہ اسے ای میل کرنے سے گریز 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 اس 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