

مالی معاونت کا درخواست فارم

اہم: آپ مفت یا رعایتی نگہداشت وصول کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں: اس درخواست کو مکمل کرنے سے **Alexian Brothers Health System** (الیکسین برادرز ہیلتھ سسٹم)، تجارتی نام **Ascension Illinois** کے ملحقہ اداروں کو یہ طے کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا آپ مفت یا رعایتی خدمات یا دیگر ایسے عوامی پروگرام حاصل کر سکتے ہیں یا نہیں جو آپ کی صحت کی نگہداشت کی ادائیگی میں مدد کر سکتے ہیں۔ براہ مہربانی اس درخواست کو کور لیٹر پر درج پتے پر ارسال کریں۔

اگر آپ کے پاس بیمہ نہ ہو تو مفت یا رعایتی نگہداشت کی اہلیت کے لئے سوشل سیکورٹی نمبر درکار نہیں ہے۔ تاہم **Medicaid** سمیت کئی سرکاری پروگراموں کے لئے سوشل سیکورٹی نمبر درکار ہے۔ سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کرنا ضروری نہیں ہے لیکن یہ **Alexian Brothers Health System**، تجارتی نام **Ascension Illinois** کے ملحقہ اداروں کے لیے اس بات کے تعین میں معاون ہوگا کہ آیا آپ کسی عوامی پروگرام کے اہل ہیں یا نہیں۔ درخواست میں "اختیاری" کے طور پر نشان زدہ کسی بھی سوالات کے جواب دینے (یا جواب نہ دینے سے) درخواست کے نتیجے پر کوئی بھی اثر نہیں پڑے گا۔

براہ کرم اس فارم کو پُر کریں اور اسے **Alexian Brothers Health System**، تجارتی نام **Ascension Illinois** کے ملحقہ اداروں، کو بذات خود، بذریعہ ڈاک، الیکٹرانک میل کے ذریعہ، یا فیکس کے ذریعے مفت یا رعایتی نگہداشت کے لیے درخواست دینے کے لیے سروس کی تاریخ کے بعد جلد از جلد جمع کرائیں۔ ہم آپ کی نگہداشت کی پہلی بل کے جاری ہونے کے 240 روز کے اندر یہ درخواست قبول کریں گے۔ یہ درخواست جمع کر کے آپ اعتراف کرتے ہیں کہ آپ نے درخواست میں تمام مطلوبہ معلومات فراہم کرنے کی نیک نیتی کے ساتھ کوشش کی ہے تاکہ یہ طے کرنے میں **Alexian Brothers Health System**، تجارتی نام **Ascension Illinois** کے ملحقہ اداروں کی مدد کر سکیں کہ آیا مریض مالی معاونت کا اہل ہے یا نہیں۔ اگر آپ کے پاس درخواست کے عمل کے تعلق سے کوئی سوالات ہوں، تو آپ اپنے سوالات یا خدشات کے بارے میں **7581-272-833** پر **Alexian Brothers Health System**، تجارتی نام **Ascension Illinois** کے ملحقہ اداروں کے مشاورت کے شعبہ سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

بغیر بیمہ والے مریض کی رعایت کی درخواست کے عمل یا اسپتال کی مالی معاونت کے عمل کے بارے میں شکایات یا خدشات کو **Health Care Bureau of the Illinois Attorney General** (الینوائے اٹارنی جنرل کے ہیلتھ کیئر بیورو) میں رپورٹ کیا جا سکتا ہے۔ **Health Care Bureau** کی ٹول فری ہاٹ لائن **1-877-305-5145** (TTY 1-800-964-3013) ہے۔

مریض کی معلومات

(براہ مہربانی علیحدہ حروف میں لکھیں اور تمام خانے پُر 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 _____ ازدواجی حیثیت _____

اختیاری - جنسی شناخت - کیا آپ خود کو اس طرح سمجھتے ہیں: مرد عورت مخنث مرد/بین جنسی مرد/عورت سے مرد (FTM)

مخنث عورت/بین جنسی عورت/مرد سے عورت (MTF) جینڈر کونیر/جنسی عدم مطابقت خاص طور پر نہ مرد اور نہ ہی عورت

اضافی جنسی زمرہ (یا دیگر)

اختیاری - جنسی شناخت: آپ کے پیدائش کے سرٹیفکیٹ میں اصلاً کون سی جنس درج تھی؟: مرد عورت

اختیاری - نسل: سفید فام سیاہ فام یا افریقی امریکی امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا باشندہ ایشیائی ہندوستانی چینی فلپینو جاپانی کوریائی ویتنامی دیگر ایشیائی جزائر ہوائی کا باشندہ گوامانین یا جمورو جزیرہ ساموا کا باشندہ دیگر پیسیفک جزیرہ کا باشندہ

اختیاری - نسلی اصلیت: ہسپانوی، لاطینی/اور، یا ہسپانوی نژاد میکسیکن، میکسیکن امریکی، چکانو/اور پورٹو ریکن

کیوبائی دیگر ہسپانوی، لاطینی/اور یا ہسپانوی نژاد

اختیاری - زبان - کیا آپ گھر پر انگریزی کے علاوہ دوسری زبان بولتے ہیں؟: ہاں نہیں

اگر ہاں، تو کون سی زبان؟: _____

ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

آجر ملازمت کی کیفیت

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

از دواجی حیثیت

فون نمبر

ڈاک کا پتہ

شہر

ریاست

زپ

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری)

آجر ملازمت کی کیفیت

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

از دواجی حیثیت

فون نمبر

ڈاک کا پتہ

شہر

ریاست

زپ

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری)

آجر ملازمت کی حیثیت

آجر کا فون نمبر

ذمہ دار فریق کے لواحقین

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

نام تاریخ پیدائش ذمہ دار پارٹی سے رشتہ

نام تاریخ پیدائش ذمہ دار پارٹی سے رشتہ

نام تاریخ پیدائش ذمہ دار پارٹی سے رشتہ

نام تاریخ پیدائش ذمہ دار پارٹی سے رشتہ

گھر میں رہنے والے بالغوں اور بچوں کی تعداد

ماہانہ آمدنی

(نیچے درج ہر انٹم کے لئے ڈالر میں رقم درج کریں۔ ہر ایک کے لئے ماہانہ رقم درج کریں۔)

درخواست گزار کی کمانی ہوئی آمدنی حاصل ہونے والی بچے کی مدد

درخواست گزار کے شریک حیات کی آمدنی حاصل ہونے والا نان نفقہ

سوشل سیکورٹی کے فوائد کرایہ کی جائیداد سے آمدنی

پنشن/ریٹائرمنٹ کی آمدنی فوڈ اسٹیپنڈ

معنوری کی آمدنی حاصل ہونے والی ٹرسٹ فنڈ کی تقسیم

بے روزگاری کا معاوضہ دیگر آمدنی

ملازمین کا معاوضہ کل مجموعی ماہانہ آمدنی

سود/منافع کی آمدنی

ماہانہ اخراجات

Ascension Illinois کی مالی معاونت کی پالیسی میں کی گئی وضاحت کے مطابق جو مریض ممکنہ طور پر مالی معاونت کے اہل ہیں انہیں اس سیکشن کو مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| بچے کی مدد/نان نفقہ | رہن/کرایہ |
| کریڈٹ کارڈ | یوٹیلیٹیز |
| ڈاکٹر/ہسپتال کے بل | فون (لینڈ لائن) |
| کار/آٹو کا بیمہ | سیل فون |
| گھر/جانپداد کا بیمہ | کریانہ سامان/کھانا |
| میڈیکل/صحت کا بیمہ | کیبل/انٹرنیٹ/سیٹلائٹ ٹی وی |
| زندگی کا بیمہ | کار کی ادائیگی |
| دیگر ماہانہ اخراجات | بچے کی نگہداشت |
| مجموعی ماہانہ اخراجات | |

اثاثہ جات

| |
|--|
| نقد/بچت/چیکنگ اکاؤنٹس |
| اسٹاکس/بانڈز/سرمایہ کاریاں / |
| CD دیگر رینل اسٹیٹ/ٹانوی رہائش |
| کشتی/RV/موٹر سائیکل/تفریحی گاڑی |
| کلیکٹر آٹو موبائلز/غیر ضروری آٹو موبائلز |
| صحت کی بچت/لچکدار اسپینڈنگ اکاؤنٹ گاڑی |

میں Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کو بیرونی کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیوں سے معلومات حاصل کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست میں شامل معلومات میرے علم کے مطابق حقیقی اور درست ہے۔ میں اپنی طبی بلز کی ادائیگی میں معاونت کے لئے کسی بھی ایسی ریاستی، وفاقی یا مقامی معاونت کی درخواست دوں گا/گی جس کی میں اہلیت رکھتا/رکھتی ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ فراہم کردہ معلومات کی Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کے ذریعہ تصدیق کی جا سکتی ہے اور میں Alexian Brothers Health System، تجارتی نام Ascension Illinois کے ملحقہ اداروں کو اختیار دیتا ہوں کہ وہ اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کی درستگی کی تصدیق کرنے کے لیے فرق ثالث سے رابطہ کرے۔ میں یہ بات سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس درخواست میں غلط معلومات فراہم کرنے کی صورت میں، میں مالی معاونت کے لئے نااہل ہو جاؤں گا/گی، مجھے فراہم کردہ مالی معاونت منسوخ کی جا سکتی ہے، اور بل کی ادائیگی کی ذمہ داری مجھ پر عائد ہوگی۔

درخواست گزار کا دستخط

تاریخ

تبصرہ جات

معاونت کے لئے خط

_____ مریض کا طبی ریکارڈ نمبر / اکاؤنٹ نمبر

_____ معاونت دہندہ کا نام

_____ مریض / درخواست گزار سے تعلق کی نوعیت

_____ کفیل کا پتہ

بخدمت Ascension Illinois:

یہ خط یہ بتانے کے لیے ہے کہ (مریض کا نام) _____ کو کوئی آمدنی نہیں ملتی ہے یا نہ کے برابر ملتی ہے اور میں اس کے رہائشی اخراجات میں مدد کر رہا ہوں۔ اس/ان کا مجھ پر کچھ سے لے کر کوئی ذمہ داری نہیں ہے۔

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

_____ حامی کا دستخط

_____ تاریخ

محترم مریض/درخواست دہندہ،

Alexian Brothers Health System، تجارتی نام **Ascension Illinois** کے ملحقہ ارادے ہمدردی کے ساتھ آگے بڑھتے ہیں اور یہ سب کے لیے ذاتی نگہداشت فراہم کرنے کے لیے وقف ہیں۔ بالخصوص ان لوگوں کو جنہیں اس کی سب سے زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔ 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۔ اپنی نگہداشت صحت کی ضرورتوں کے لیے اپنی اور اپنی فیملی کی دیکھ بھال کرنے کے لیے ہم پر اعتماد 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 کے اندر درخواست مکمل کی ہے اور مالی معاونت کے لیے آپ کو منظوری ملی تھی، تو براہ مہربانی ہمیں مطلع کریں۔ ممکن ہے کہ آپ کو نئی درخواست پر کرنے کی ضرورت نہ پیش آئے۔ ہم چھ ماہ سے زیادہ پرانی درخواست پر غور نہیں کریں گے۔

براہ مہربانی درخواست کے ساتھ آمدنی کے ثبوت کے طور پر مندرجہ ذیل میں سے کم از کم ایک دستاویز کی نقل فراہم کریں۔ اگر آپ شادی شدہ ہیں یا اپنے شریک حیات کے ساتھ 6 مہینے سے زیادہ عرصے سے رہ رہے ہوں تو درخواست کی پراسیسنگ سے پہلے اپنی آمدنی کے ثبوت کے طور پر انہیں بھی مندرجہ ذیل میں سے کم از کم ایک دستاویز کی نقل فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

- آجر سے پچھلی 3 سیلری سلپس
- 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
- آمدنی کی تصدیق کے لئے دیگر دستاویزات
- پچھلے 3 ماہ کے بینک سٹیٹمنٹس کی نقلیں
- بے روزگاری کی مراعات کی رسید کی نقل

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 منسلک 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 کے خاندان سے تعلق رکھنے والے افراد اور دوست آپ کی مالی طور پر امداد نہیں کر رہے ہوں تو آپ کو معاونت کے خط کا فارم پر کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

براہ مہربانی آخر میں اپنے واجب الادا ماہانہ طبی اور ادویات کے اخراجات کے ثبوت کے طور پر دستاویزات بھی فراہم کریں۔

براه مہربانی جان لیں کہ درخواست پر غور کیے جانے کے لیے آمدنی کے ثبوت کے ساتھ مکمل شدہ درخواست موصول ہونی ضروری ہے۔ ہم نامکمل درخواستوں پر کارروائی کرنے یا ان پر غور کرنے سے قاصر ہیں۔

براه مہربانی یاد رکھیں کہ انٹرنیٹ پر ای میل کے ذریعے کی گئی مواصلات محفوظ نہیں ہوتی ہیں۔ اگرچہ اس بات کا امکان بہت کم ہے، لیکن ممکن ہے کہ ای میل میں شامل کردہ معلومات تک غیر مجاز 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۔

براه مہربانی مکمل شدہ درخواست کو مندرجہ ذیل پتے پر پرنٹ کر کے ڈاک سے بھیجیں:

Ascension Illinois PFS
بخدمت: Financial Assistance Department
(محکمہ مالی معاونت)
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

اگر اس درخواست کے بارے میں آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو براہ مہربانی ہمارے کسی مریض کے نمائندے کو 833-272-7581 پر کال کریں۔

مخلص،

مریض کی مالی خدمات
Ascension Illinois