

اسپتال کے مالی امدادی پروگرام کے لئے درخواست
P.O. Box 670747, Marietta, GA 30066
فون: 470-245-9998



نام: _____ فیسٹیٹی کا نام: _____

ہاں نہیں

اکاؤنٹ نمبر: _____ تاریخ پیدائش: _____ #SS: _____

ضامن اور شریک حیات کی معلومات

شادی شدہ مطلقہ علاجی بیوہ تنہا

ضامن کا نام: _____ #SS: _____ مریض سے تعلق _____

تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____ گھریلو پتہ: _____

فون #: _____ () _____ دیگر فون: _____ () _____

آجر 1: _____ پتہ: _____

کل وقتی، جزء وقتی کام کر رہے ہیں یا بے روزگار ہیں

کام #: _____ عہدہ: _____ سالانہ یا گھنٹے کے حساب سے ادائیگی: _____ (ایک پر دائرہ بنائیں)

آجر 2: _____ پتہ: _____

کل وقتی، جزء وقتی کام کر رہے ہیں یا بے روزگار ہیں

کام #: _____ عہدہ: _____ سالانہ یا گھنٹے کے حساب سے ادائیگی: _____ (ایک پر دائرہ بنائیں)

شریک حیات کا نام: _____ #SS: _____ تاریخ پیدائش: _____ آجر 1: _____

پتہ: _____

کام #: _____ عہدہ: _____ سالانہ یا گھنٹے کے حساب سے ادائیگی: _____ (ایک پر دائرہ بنائیں)

کل وقتی، جزء وقتی کام کر رہے ہیں یا بے روزگار ہیں

آجر 2: _____ پتہ: _____

کل وقتی، جزء وقتی کام کر رہے ہیں یا بے روزگار ہیں

کام #: _____ عہدہ: _____ سالانہ یا گھنٹے کے حساب سے ادائیگی: _____ (ایک پر دائرہ بنائیں)

قانونی منحصرین (صرف ان منحصرین کی فہرست بنائیں) جن کا دعویٰ آپ کے وفاقی ٹیکس فارم میں کیا جاسکتا ہے۔

نام (اول، درمیانی، آخری)	تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)	رشتہ
کیا آپ نے میڈیکیڈ کے لئے درخواست دی ہے؟	/ /	
ہاں / نہیں	/ /	
کیا آپ کوبرا کے لئے اہل ہیں؟	/ /	
ہاں / نہیں	/ /	

اثاثے اور دیگر آمدنی کے ذرائع

میزان (بیلنس) کی جانچ پڑتال: _____ \$ بینک کا نام: _____ بچت بیلنس: _____ \$ بینک کا نام: _____

منی مارکیٹ بیلنس: _____ \$ بینک کا نام: _____ سوشل سیکیورٹی: _____ \$ ماہانہ پنشن: _____ \$

گزارا بہتہ: _____ \$ چائلڈ سپورٹ: _____ \$ CDs: _____

کوئی دوسرا اثاثہ، جیسے اسٹاک، بانڈز، وغیرہ _____ قسم: _____

کیا آپ کو اسٹوڈینٹ لون ریفرنڈر موصول ہوتا ہے؟ ہاں یا نہیں (ایک پر دائرہ بنائیں) اسٹوڈینٹ لون ریفرنڈر: _____ \$

کیا آپ نے گزشتہ 3 سالوں میں دیوالیہ پن کے لئے فائل دائر کی ہے؟ ہاں یا نہیں (ایک پر دائرہ بنائیں) اگر ہاں، تو تاریخ فراہم کریں: _____ / _____ / _____

کیا آپ کے پاس کرایہ کی کوئی پراپرٹی ہے؟ ہاں یا نہیں (ایک پر دائرہ بنائیں) اگر ہاں، تو ماہانہ آمدنی کیا ہے؟ _____ \$ پراپرٹی کی ویلیو (قدر): _____ \$

ویل اسٹار ہیلتھ سسٹم ان مریضوں کو مالی مدد فراہم کرنے کا پابند ہے جو ویل اسٹار اسپتالوں میں طبی لحاظ سے ضروری دیکھ بھال کے خواہاں ہیں لیکن اس دیکھ بھال کے لئے ادائیگی کے محدود ذرائع ہیں یا کوئی ذریعہ نہیں ہے۔ ویل اسٹار، ان تمام افراد کو ان کی ادائیگی کی صلاحیت یا مالی امداد پروگرام کے تحت ہونے کی اہلیت سے قطع نظر ہنگامی طبی نگہداشت فراہم کرے گا۔

ویل اسٹار اسپتال کے لئے مالی اعانت حاصل کرنے کے ضمن میں مستحق ہونے کے لئے، سرکاری اور نجی ادائیگی کے پروگراموں سے ادائیگی یا کوریج کے متبادل ذرائع کی نشاندہی کرنے اور اس کا تعین کرنے میں ویل اسٹار کے ساتھ تعاون ضروری ہے۔ مالی اعانت کے لئے مستحق ہونے کے سلسلے، درج ذیل چیزوں کی ضرورت ہے:

درخواست کی معلومات:

مالی اعانت حاصل کرنے کے لئے ایک صحیح، درست، دستخط شدہ اور مکمل درخواست جمع کروائیں؛ اور
مالی اعانت حاصل کرنے کے لئے، تمام درخواست دہندگان کو درج ذیل کی مدد سے گھریلو آمدنی اور گھریلو اثاثوں کا ثبوت فراہم کرنا ہوگا۔
موجودہ مالی صورتحال کی بنیاد پر درج ذیل دستاویزات فراہم کریں:

تین (3) مہینے کے حالیہ پے چیک اسٹب یا مجموعی اجرت کی تصدیق کرنے والے آجر کا ایک بیان فراہم کریں، اور گھر کے لئے ہر ایک چیکنگ، بچت، منی مارکیٹ یا دیگر بینک یا سرمایہ کاری اکاؤنٹ کے لئے حالیہ دو (2) ماہ کے بینک اسٹیٹمنٹ

حالیہ تازہ ترین IRS فارم 1040 اور IRS W-2/1099 (اگر قابل اطلاق ہوں) IRS فارم 1040 سے میچ کرنے کے لئے پچھلے سال کے دوران جاری کیا گیا اضافی دستاویزات (اگر قابل اطلاق ہوں):

دیگر تمام آمدنی کے لئے حالیہ دو (2) ماہ کے لئے تحریری اسٹیٹمنٹ مثال کے طور پر، گھر کے لئے بے روزگاری معاوضہ، معذوری، ریٹائرمنٹ، طلباء کے قرضے، سوشل سیکیورٹی آفس کی طرف سے ایوارڈ لیٹر، تمام ذاتی ملازمت سے متعلق درخواست دہندگان کے لئے موجودہ منافع اور نقصان کی رپورٹ، کورٹ کے ذریعہ دیئے گئے گزارا دستاویز، کورٹ کے ذریعہ دیئے گئے چائلڈ سپورٹ دستاویز، یا بینیفٹ کارڈ ایکٹیویٹی اسٹیٹمنٹ (TANF) وغیرہ)

اگر 3 ماہ سے کم بے روزگار ہیں۔ سابقہ آجر سے علیحدگی کی اطلاع

اگر 3 ماہ سے زیادہ بے روزگار ہیں -- اجرت کی انکوائری (محکمہ مزدور)

بے روزگاری معاوضے سے متعلق ممانعتی خط

اثاثہ اقدار سے متعلق دستاویزات، بشمول، بغیر کسی حد کے، پراپرٹی ٹیکس کے اسٹیٹمنٹ، ڈیوٹ سرفیکٹ، اور دیگر سرمایہ کاری کے اسٹیٹمنٹ

ان افراد کی طرف سے تعاون اسٹیٹمنٹ جو مریض کو آمدنی یا چیزوں کی مدد سے تعاون کرتے ہیں

دستاویزات میں کسی قسم کی تبدیلی یا ترمیم کی اجازت نہیں ہے۔

آپ کی درخواست پر کارروائی کے لئے یہ معلومات 30 دن کے اندر موصول ہونی چاہئے۔ ویل اسٹار ہیلتھ سسٹم کے فنانشیل اسسٹنس پروگرام کے تحت مالی امدادی جائزہ کے لئے اہل اکاؤنٹس کو پہلے پوسٹ-ڈسچارج بلنگ اسٹیٹمنٹ کی تاریخ سے 240 دن کے اندر اندر جمع کردہ درخواستوں کو پورا کرنا ہوگا۔ ویل اسٹار کے پاس مالی اعانت پروگرام کے لئے آپ کے اکاؤنٹ پر کارروائی نہ کرنے کا حق ہے، اگر یہ مطابقت نہیں رکھتا ہے۔ آپ سوالوں کے ذریعہ یا اس درخواست کے ساتھ مدد کے لئے ویل اسٹار سے رابطہ کر سکتے ہیں:

SBO FAP Department, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066، فیکس نمبر: 770-792-1737 یا فون نمبر: 470-245-9998۔

تبصرے:

میں اس کے مطابق درخواست کرتا ہوں کہ ویل اسٹار اپنے مالی اعانت پروگرام کے لئے میری اہلیت کو متعین کرے۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں نے اپنی سالانہ آمدنی اور کنبہ کے سائز کے بارے میں جو معلومات پیش کی ہیں اس کی تصدیق ہونی چاہئے۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ اگر میرے ذریعہ پیش کی گئی معلومات غلط ثابت ہوتی ہے تو، اس طرح کے فیصلے اور تعین کے نتیجے میں کسی بھی مالی مدد کی اہلیت سے انکار ہوگا۔ میں مزید کسی بھی امداد (یعنی میڈیکل، میڈیکل، اسٹیٹ ایڈ (کینسر کے لئے)، ووکیشنل ریہیب (پیشہ ورانہ بحالی)، انشورنس، وغیرہ) کے لئے درخواست اور اسکریننگ کے عمل کی تعمیل کرنے پر بھی اتفاق کرتا ہوں جو میرے ویل اسٹار اکاؤنٹ چارج کی ادائیگی کے لئے دستیاب ہو سکتا ہے۔ اس طرح کی مدد حاصل کرنے کے لئے جو بھی اقدامات ضروری ہوں، میں اسے کرنے میں مکمل تعاون کروں گا اور ویل اسٹار کے چارج کے لئے حاصل کی گئی رقم ویل اسٹار کو تفویض یا ادا کروں گا۔ میں مالی اعانت پروگرام میں ایڈجسٹمنٹ ہونے کے بعد باقی کسی بھی بیلنس کی ادائیگی پر اتفاق کرتا ہوں۔ ایسا کرنے میں ناکامی کے سبب مالی اعانت پروگرام میں کسی بھی قسم کی چھوٹ کو منسوخ کر سکتا ہے۔ فی ضامن ایک مکمل مالی اعانت پروگرام کی درخواست لاگو ہوتی ہے۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا معلومات میری بہترین سمجھ اور عقیدے کے مطابق درست ہے۔

تاریخ:

ضامن کی دستخط: