

مریض کی معلومات امریکی رہائشی: ہاں نہیں

میڈیکل ریکارڈ نمبر (Medical Record Number, MRN): _____ فسیلیٹی کا نام: _____
مریض کا نام: _____ SS#: _____ تاریخ پیدائش: _____

ضامن یا شریک حیات کی معلومات شادی شدہ مطلقہ خلع یافتہ بیوہ تنہا

ضامن کا نام: _____ SS#: _____ مریض سے رشتہ: _____
تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____ گھر کا پتہ: _____
فون #: _____ دیگر فون: _____ () _____ () _____

آجر 1: _____ پتہ: _____ سالانہ یا گھنٹہ _____ کل وقتی، جز وقتی ملازمت، یا بے روزگار کام #: _____ عہدہ: _____ وار تنخواہ: _____ (ایک کو دائرہ زد کریں)

آجر 2: _____ پتہ: _____ سالانہ یا گھنٹہ _____ کل وقتی، جز وقتی ملازمت، یا بے روزگار کام #: _____ عہدہ: _____ وار تنخواہ: _____ (ایک کو دائرہ زد کریں)

شریک حیات کا نام: _____ SS#: _____ تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____

آجر 1: _____ پتہ: _____ سالانہ یا گھنٹہ _____ کل وقتی، جز وقتی ملازمت، یا بے روزگار کام #: _____ عہدہ: _____ وار تنخواہ: _____ (ایک کو دائرہ زد کریں)

آجر 2: _____ پتہ: _____ سالانہ یا گھنٹہ _____ کل وقتی، جز وقتی ملازمت، یا بے روزگار کام #: _____ عہدہ: _____ وار تنخواہ: _____ (ایک کو دائرہ زد کریں)

قانونی منحصرین (صرف ان منحصرین کی فہرست بنائیں جن کا آپ کے وفاقی ٹیکس فارم میں دعویٰ کیا جا سکتا ہے)		
نام (اول، درمیانی، آخری)	تاریخ پیدائش (ماہ/یوم/سال)	رشتہ
کیا آپ نے Medicaid کے لئے درخواست دی ہے؟	/ /	
ہاں _____ نہیں _____	/ /	
کیا آپ Cobra (کوبرا) کے اہل ہیں؟	/ /	
ہاں _____ نہیں _____	/ /	
اٹائے اور آمدنی کے دیگر ذرائع		

بینک چیک کرنا: \$ _____ بینک کا نام: _____ سیونگ بینکس: \$ _____ بینک کا نام: _____

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

وظیفہ: \$ _____ چائلڈ سپورٹ: \$ _____ CDs: _____

کوئی اور اثاثہ، یعنی اسٹاک، بانڈز وغیرہ: قسم: _____ مالیت (\$): _____

کیا آپ اسٹوڈنٹ لون ریفرنڈر وصول کرتے ہیں؟ ہاں یا نہیں (ایک کو دائرہ زد کریں) اسٹوڈنٹ ریفرنڈر ماؤنٹ: \$ _____

کیا آپ نے گزشتہ 3 سالوں میں دیوالیہ پن کے لئے درخواست دائر کی ہے؟ ہاں یا نہیں (ایک کو دائرہ زد کریں) اگر ہاں، تو تاریخ بتائیں: _____ / _____ / _____

کیا آپ کے پاس کرائے کی کوئی جائیداد ہے؟ ہاں یا نہیں (ایک کو دائرہ زد کریں) اگر ہاں، تو ماہانہ آمدنی کتنی ہے؟ \$ _____ جائیداد کی مالیت: \$ _____

Wellstar Health System ان مریضوں کو مالی امداد فراہم کرنے کے لیے پرعزم ہے جنہوں نے Wellstar ہاسپٹلز میں طبی طور پر ضروری دیکھ بھال حاصل کی ہے لیکن اس کے لیے ادائیگی کرنے کے لیے ذریعہ محدود ہے یا کوئی ذریعہ نہیں ہے۔ ادائیگی کرنے کی صلاحیت یا مالی امداد کے اپنے پروگرام کے لیے اہلیت سے قطع نظر، Wellstar تمام لوگوں کو ہنگامی طبی نگہداشت فراہم کرے گا۔

Wellstar ہاسپٹل سے مالی امداد کے اہل ہونے کے لیے، سرکاری اور نجی ادائیگی کے پروگرامز سے ادائیگی کے متبادل ذرائع یا کوریج کی نشاندہی کرنے اور ان پر عملدرآمد کے لیے Wellstar کے ساتھ تعاون درکار ہے۔ مالی امداد کے لیے اہل ہونے کے لیے، درج ذیل ضروری ہیں:

درخواست کی معلومات:

مالی امداد کے لیے ایک صحیح، درست، دستخط شدہ اور مکمل شدہ درخواست جمع کروائیں؛ اور مالی امداد کے لیے تمام درخواست دہندگان کا مندرجہ ذیل چیزیں فراہم کر کے گھریلو آمدنی اور گھریلو اثاثوں کا ثبوت فراہم کرنا ضروری ہے جو قابل اطلاق ہیں:

حالیہ ترین انٹرنل ریونیو سروس (Internal Revenue Service, IRS) فارم 1040 اور گزشتہ سال کے دوران جاری کردہ IRS W-2/1099 (اگر قابل اطلاق ہو) IRS فارم 1040 سے مماثل ہو

موجودہ مالیاتی صورتحال پر مبنی درج ذیل دستاویزات فراہم کریں:

- تین (3) مہینوں کے حالیہ ترین بے چیک اسٹیٹس یا آجر کی جانب سے مجموعی اجرت کی تصدیق کرنے والا ایک بیان، ساتھ ہی ساتھ ہر چیکنگ، سیوننگز، منی مارکیٹ، یا گھر کے دوسرے بینک یا سرمایہ کاری اکاؤنٹ کے لیے دو (2) ماہ کے بینک اسٹیٹمنٹس فراہم کریں۔ تمام صفحات بشمول خالی صفحات۔ یا
- حالیہ ترین IRS فارم 1040 (بشمول تمام نظام الاوقات) اور گزشتہ سال کے دوران جاری ہونے والا IRS W-2/1099 (اگر قابل اطلاق ہو) IRS فارم 1040 سے مماثل ہو۔

اضافی دستاویزات (اگر قابل اطلاق ہو)

- دیگر تمام آمدنیوں کے لیے حالیہ ترین دو (2) مہینوں کے تحریری بیانات (مثال کے طور پر، بے روزگاری کا معاوضہ، معذوری، ریٹائرمنٹ، طالب علم کے قرضے، سوشل سیکورٹی آفس سے ایوارڈ لیٹر، تمام آزاد پیشہ درخواست دہندگان کے لیے موجودہ منافع اور نقصان کی رپورٹ، گھر کے لیے عدالت کی طرف سے جاری کردہ نان نفقہ کی دستاویزات، عدالت کی طرف سے جاری کردہ چائلڈ سپورٹ دستاویزات، یا بینیفٹ کارڈ ایکٹیویٹی اسٹیٹمنٹ (TANF) وغیرہ)۔
- اگر 3 ماہ سے کم عرصے سے بے روزگار ہیں۔ پچھلے آجر سے علیحدگی کا نوٹیفیکیشن
- اگر 3 ماہ سے زیادہ عرصے سے بے روزگار ہیں - اجرت کی انکوائری (لیبر ڈیپارٹمنٹ)
- بے روزگاری معاوضے سے انکار کا خط
- اثاثوں کی قدروں کی دستاویز، بشمول بغیر کسی حد کے، پراپرٹی ٹیکس اسٹیٹمنٹس، ڈیپازٹ کے سرٹیفیکیشن، اور دیگر سرمایہ کاری کے اسٹیٹمنٹس
- وہ افراد جو مریض کو مالی یا غیر معمولی مدد فراہم کرتے ہیں ان کو شراکت کے بیانات فراہم کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔
- دستاویزات میں کسی ردوبدل یا ترمیم کی اجازت نہیں ہے۔

آپ کی درخواست پر کارروائی کے لیے، یہ معلومات 30 دنوں کے اندر فراہم کی جانی چاہیے۔ Wellstar Health System کے مالی امداد پروگرام کے ذریعے مالی امداد کے جائزے کے اہل اکاؤنٹس کا پہلی پوسٹ ڈسچارج بلنگ اسٹیٹمنٹ کی تاریخ کے 240 دنوں کے اندر مکمل درخواستیں جمع کرانا ضروری ہے۔ اگر آپ کا اکاؤنٹ تعمیل میں نہیں ہے تو، Wellstar مالی امداد کے پروگرام کے لیے اس پر کارروائی نہ کرنے کا حق برقرار رکھتا ہے۔ آپ سوالات کے ساتھ یا اس درخواست میں مدد کے لیے Wellstar سے یہاں پر رابطہ کر سکتے ہیں:

سنگل بلنگ آفس (Single Billing Office, SBO) فائنانشیل اسسٹنس پروگرام (Department (Financial Assistance Program, FAP), P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374، فیکس نمبر: 770-792-1737 یا فون نمبر: 470-245-9998

تیسرے:

میں اب Wellstar سے درخواست کرتا ہوں کہ مالی امداد کے پروگرام کے لیے میری اہلیت کا تعین کریں۔ میں سمجھتا ہوں کہ جو معلومات میں نے اپنی سالانہ آمدنی اور خاندانی سائز کے حوالے سے جمع کرائی ہیں ان کی تصدیق کی جائے گی۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ اگر میری جمع کرائی گئی معلومات غلط پائی جاتی ہیں، تو مجھے مالی امداد کے لیے اہل ہونے سے مسترد کر دیا جائے گا۔ میں مزید کسی بھی امداد (یعنی، Medicaid, Medicare, State Aid (کینسر کے لیے)، ووکیشنل ری ہیپ، انشورنس، وغیرہ) کے لیے درخواست اور اسکریننگ کے عمل کی تعمیل کرنے سے اتفاق کرتا ہوں جو میرے Wellstar اکاؤنٹ کے چارجز کی ادائیگی کے لیے دستیاب ہو سکتا ہے۔ میں اس طرح کی امداد کے حصول کے لیے جو بھی طریقہ کار ضروری ہے اس میں مکمل تعاون کروں گا، اور میں Wellstar چارجز میں جمع ہونے والی رقم Wellstar کو مختص یا ادا کروں گا۔ میں مالی اعانت کے پروگرام کی ایڈجسٹمنٹ کے بعد باقی رہ جانے والے کسی بھی بیلنس کو ادا کرنے سے اتفاق کرتا ہوں۔ ایسا کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں کسی بھی مالی اعانت کے پروگرام کی رعایت کو تبدیل کیا جاسکتا ہے۔ مالی اعانت کے پروگرام کی ایک مکمل درخواست ہر ضامن پر لاگو ہوتی ہے۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا معلومات میری بہترین معلومات کے مطابق درست اور صحیح ہیں۔

ضامن کے دستخط: _____ تاریخ: _____

درخواست کردہ دستاویزات کے بدلے میں قابل قبول حالات اور اضافی دستاویزات:

□ اگر موجودہ سال کی آمدنی انکم ٹیکس ریٹرن پر ہونے والی آمدنی سے کم ہے تو براہ کرم ٹیکس ریٹرن کے بجائے دو ماہ کے بینک اسٹیٹمنٹس (کوئی صفحات نہ چھوڑے گئے ہوں) اور 3 ماہ کے بے اسٹب فراہم کریں۔

اگر آپ، تمام W-2s، 1099s، اور کسی شیڈول سمیت، اپنے حالیہ فیڈرل انکم ٹیکس ریٹرن کی کاپی فراہم کرنے سے قاصر ہیں تو براہ کرم درج ذیل دو فراہم کریں:

- تین (3) مہینوں کے سب سے حالیہ بے اسٹب (یا بے روزگاری کی سرٹیفیکیشن) فراہم کریں اور تمام چیکنگ، سیونگ، منی مارکیٹ اکاؤنٹس کے لیے دو (2) موجودہ بینک اسٹیٹمنٹس فراہم کریں (کوئی صفحات نہ چھوڑے گئے ہوں)۔
- اگر بینک اکاؤنٹ میں اضافی ڈیبازٹس ہیں، تو ہمیں ان ڈیبازٹس کے لیے معاون دستاویزات کی ضرورت ہوگی۔
 - ہدیہ کردہ یا ادھار لی گئی رقم کے لیے، اس شخص کی طرف سے ایک خط جس نے رقم ہدیہ کی یا ادھار دی۔
 - وراثت کے لیے، پروویٹ لیٹر جو رقم کو سپورٹ کرتا ہے۔
 - IRA، 401k، یا دیگر ریٹائرمنٹ ڈسٹری بیوشنز کے ساتھ ساتھ اسٹاک/بائڈ کے لین دین کے لیے تقسیم شدہ رقم کی تصدیق کرنے والے اکاؤنٹ کا اسٹیٹمنٹ درکار ہے۔
 - لائف انشورنس لونز کے لیے، اکاؤنٹ کی وہ اسٹیٹمنٹ جس میں ادائیگی کو دکھایا گیا ہو۔
 - کار کی فروخت کے لیے، بل آف سیل کی ایک نقل۔
 - چائلڈ سپورٹ کے لیے، طلاق کے حکم نامے کی ایک نقل جس میں چائلڈ سپورٹ آرڈر ہو۔
 - ایسی ملازمت کے لیے جو تنخواہ کے سٹب فراہم کرنے میں ناکام رہتی ہے، آجر کی طرف سے ایک خط بھیجیں (چاہے وہ کوئی دوست یا خاندانی فرد ہی کیوں نہ ہو) جس میں آمدنی کی رقم اور تعدد کا خاکہ ہو۔
- اگر آپ نے پچھلے 3 مہینوں میں کوئی رقم نہیں کمائی ہے، تو اس شخص کی طرف سے امداد کا خط فراہم کریں جو آپ کی مدد کر رہا ہے، اور ساتھ ہی لیبر ڈیپارٹمنٹ سے اجرت کی انکوائری فراہم کریں اگر آپ کے پاس سوشل سیکورٹی نمبر ہے۔

□ دیگر حالات:

- ایک مریض ایک والد/والدہ ہوتا/ہوتی ہے جو بچوں کے ساتھ رہے اور بچے اپنے ٹیکس ریٹرن پر والد/والدہ کا دعویٰ کر رہے ہوں۔
 - براہ کرم اپنے بینک اسٹیٹمنٹس، روزگار کی بے سٹب اور سپورٹ لیٹر فراہم کریں۔
- ایک مریض بے گھر ہے۔
 - اجرت کی انکوائری فراہم کریں یا
 - اگر آپ کو نقد رقم ادا کی جاتی ہے، تو ہمیں آپ کی انکم اسٹیٹمنٹ اور اس شخص کی طرف سے ایک سپورٹ لیٹر درکار ہے جس کے ساتھ آپ رہ رہے ہیں۔
- مریض/درخواست دہندہ کی عمر اکیس سال سے کم ہے اور وہ کسی اور کے ٹیکس ریٹرن پر زیر کفالت کے طور پر درج ہے۔
 - براہ کرم اپنے والدین کے لیے تمام شیڈولز سمیت ٹیکس ریٹرن، W-2's، 1099's فراہم کریں۔
 - اگر والدین نے ٹیکس جمع نہیں کرایا، تو براہ کرم والدین کے بینک اسٹیٹمنٹس اور بے اسٹب فراہم کریں۔