

مریض کی معلومات	U.S. باشندہ	ہاں <input type="radio"/> نہیں <input type="radio"/>
-----------------	-------------	--

اکاؤنٹ نمبر: \_\_\_\_\_ کارپوریٹ: \_\_\_\_\_  
نام: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_ پیدائش کی تاریخ: \_\_\_\_\_

ضمانتدار اور شریک حیات کی معلومات	شادیشدہ <input type="radio"/>	طلاق شدہ <input type="radio"/>	علیحدہ <input type="radio"/>	بیوہ <input type="radio"/>
-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	------------------------------	----------------------------

نام: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_ مریض سے رشتہ: \_\_\_\_\_

پیدائش کی تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ گھر کا پتہ: \_\_\_\_\_

فون #: \_\_\_\_\_ ( ) دوسرا فون: \_\_\_\_\_ ( )

آجر: \_\_\_\_\_ پتہ: \_\_\_\_\_

کام کا #: \_\_\_\_\_ عہدہ: \_\_\_\_\_ سالانہ یا گھنٹہ وار تنخواہ: \_\_\_\_\_ سالانہ یا گھنٹہ وار تنخواہ: \_\_\_\_\_

شریک حیات کا نام: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_ پیدائش کی تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

آجر: \_\_\_\_\_ پتہ: \_\_\_\_\_

کام کا #: \_\_\_\_\_ عہدہ: \_\_\_\_\_ سالانہ یا گھنٹہ وار تنخواہ: \_\_\_\_\_ سالانہ یا گھنٹہ وار تنخواہ: \_\_\_\_\_

### قانونی طور پر زیر کفالت (انہیں زیر کفالت افراد کو درج کریں جنہیں آپ کے فیڈرل ٹیکس کے فارم پر بتایا جا سکتا ہو۔)

رشتہ	پیدائش کی تاریخ (ماہ/دن/سال)	نام (پہلا، درمیانہ، آخری)
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____

کیا آپ نے Medicaid کے لئے درخواست کیا ہے؟  
ہاں  نہیں

کیا آپ کوبرا کے لئے اہل ہیں؟  
ہاں  نہیں

### اثاثے اور آمدنی کے دیگر ذرائع

چیکنگ بیلنس: \_\_\_\_\_ \$ بینک کا نام: \_\_\_\_\_ سیونگ بیلنس: \_\_\_\_\_ \$ بینک کا نام: \_\_\_\_\_

ماہانہ پنشن: \_\_\_\_\_ \$ سوشل سیکورٹی: \_\_\_\_\_ \$ انفرادی ریٹائرمنٹ انتظام (IRA): \_\_\_\_\_ \$ جمع کے سرٹیفکیٹ: \_\_\_\_\_ \$ بچے کا سپورٹ: \_\_\_\_\_ \$

کیا آپ کو اسٹوڈنٹ لون ریفنڈس ملتے ہیں؟ \_\_\_\_\_ ہاں یا نہیں (ایک کو گھیریں) \_\_\_\_\_ طالب علم کے ریفنڈس: \_\_\_\_\_ \$

نان نفقہ: \_\_\_\_\_ \$ مالک مکان: \_\_\_\_\_ ہاں یا نہیں (ایک کو گھیریں) \_\_\_\_\_ قیمت: \_\_\_\_\_ \$ کوئی اور اثاثے، مثلاً اسٹاک، بانڈ، K401: \_\_\_\_\_ \$

کیا آپ کے پاس کوئی کرایہ کی ملکیت ہے؟ \_\_\_\_\_ ہاں یا نہیں (ایک کو گھیریں) \_\_\_\_\_ آمدنی: \_\_\_\_\_ \$ اگر ہاں تو، آپ کی ماہانہ ملکیت کی قیمت کیا ہے؟ \_\_\_\_\_ \$

کیا آپ نے گزشتہ 3 سالوں میں دیوالیہ ہونے کی عرضی دی ہے؟ \_\_\_\_\_ ہاں یا نہیں (ایک کو گھیریں) \_\_\_\_\_ اگر ہاں تو، تاریخ دیں: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

کیا آپکی ملکیت میں اسٹاک یا بانڈ ہیں؟ \_\_\_\_\_ ہاں یا نہیں (ایک کو گھیریں) \_\_\_\_\_ اگر ہاں تو، قیمت کیا ہے؟ \_\_\_\_\_ \$

WellStar ہیلتھ سسٹم ان مریضوں کو مالیاتی امداد دینے کا پابند ہے جنہوں نے WellStar ہسپتال میں طبی ضروری نگہداشت کے لئے عرضی دی ہے اور جنکے پاس نگہداشت کے لئے ادائیگی کے محدود راستے ہیں یا نہیں ہیں۔ WellStar تمام افراد کے لئے ہنگامی طبی نگہداشت فراہم کرے گا۔

WellStar ہسپتال میں مالیاتی امداد کے لئے اہل ہونے کے لئے، ادائیگی کے متبادل طریقوں یا عوامی یا ذاتی ادائیگی کے پروگرام کی شناخت اور تعین میں WellStar کے ساتھ معاونت ضروری ہے۔ مالیاتی امداد کے لئے اہل ہونے میں، مندرجہ ذیل ضروری ہے:

## درخواست کی معلومات:

- مالیاتی امداد کے لئے حقیقی، درست اور مکمل درخواست جمع کرائیں؛ اور
- مالیاتی امداد کے لئے سبھی درخواست گزار مندرجہ ذیل میں سے کچھ بھی جو قابل اطلاق ہو دے کر گھریلو آمدنی اور گھریلو اثاثوں کا ثبوت پیش کریں:

سب سے حالیہ فیڈرل انکم ٹیکس ریٹرن کی کاپی نہ دینے کی صورت میں مندرجہ ذیل میں سے کوئی یا سبھی فراہم کریں:

- سب سے حالیہ پے چیک کا نصف حصہ یا مجموعی اجرت کی تصدیق کرنے والا آجر کا اسٹیٹمنٹ دیں؛ یا
- گزشتہ سال کے دوران جاری کیا ہوا IRS W-2؛ یا
- سب سے حالیہ IRS فارم 1040؛ یا
- چیکنگ، سیونگ، منی مارکیٹ یا کسی اور بینک یا سرمایہ کاری اکاؤنٹ کا سب سے حالیہ دو (2) مہینے کا بینک اسٹیٹمنٹ؛ یا
- سبھی دیگر آمدنی کے لئے سب سے حالیہ دو (2) مہینے کا تحریری اسٹیٹمنٹ (مثلاً بے روزگاری کا معاوضہ، معذوری، ریٹائرمنٹ، اسٹوڈنٹ لون، سوشل سیکورٹی دفتر کا انعامی خط، سبھی خود-ملازم درخواست دہندگان کے لئے موجودہ فائدہ اور نقصان کی رپورٹ، بچے کے سپورٹ کے دستاویز، وغیرہ)؛ یا
- بے روزگاری معاوضہ تردیدی خط؛ یا
- اثاثے کی قیمت، بشمول، بغیر پابندی کے، ملکیت کا ٹیکس اسٹیٹمنٹ، جمع کے سرٹیفکیٹ، 401k, b403، انفرادی ریٹائرمنٹ انتظام (IRA) اور دیگر سرمایہ کاری کے اسٹیٹمنٹ؛ یا
- الگ الگ لوگوں کے امداد کے اسٹیٹمنٹ جو آمدنی یا اسی طرح کے امداد مریض کو دیتے ہیں

یہ معلومات آپ کی درخواست پر کارروائی کرنے کے لئے موصول ہونا ضروری ہے۔ اگر آپ ٹسچارج کے بعد پہلے بلنگ اسٹیٹمنٹ کی تاریخ سے 240 دنوں کے اندر اندر مندرجہ بالا معلومات فراہم کرنے میں ناکام رہتے ہیں تو، WellStar مالی امداد پروگرام کی منظوری کے لئے آپ کے اکاؤنٹ پر عملدرآمد نہیں کرنے کا حق محفوظ رکھتا ہے۔ آپ اپنے سوالات کے ساتھ یا اس درخواست میں مدد کے لئے WellStar سے یہاں رابطہ کر سکتے ہیں:

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 یا ہمارے فون نمبر: 678-838-5750 پر بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔

تبصرے:

میری معرفت ہذا یہ درخواست ہے کہ WellStar مالی امداد پروگرام کے لئے میری اہلیت کا تعین کرے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ معلومات جو میں نے اپنے سالانہ آمدنی اور خاندان کے سائز کے بارے میں جمع کرایا ہے تصدیق کیا جانا ضروری ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں نے جو معلومات جمع کیا ہے اگر غلط ثابت ہوتے ہیں تو اس وجہ سے مالی امداد کی اہلیت سے منع کیا جا سکتا ہے۔ میں کسی بھی مدد (یعنی، Medicaid، طبی، ریاستی امداد (کینسر کے لئے)، ووکیشنل بحالی، انشورنس، وغیرہ) کے لئے درخواست کرنے کے لئے اتفاق کرتا/کرتی ہوں جو میرے WellStar اکاؤنٹ چارجز کی ادائیگی کے لئے دستیاب ہو سکتا ہے۔ میں مکمل طور پر جو بھی اعمال اس طرح کی مدد حاصل کرنے کے لئے ضروری سمجھا جا سکتا ہے لینے میں تعاون کروں گا/گی، اور WellStar چارجز کے لئے WellStar کو سونپ دونگا/دونگی یا رقم ادا کر دونگا/دونگی۔ میں مالی امداد پروگرام کے ایڈجسٹمنٹ کے بعد باقی کسی بھی بقایا رقم کو ادا کرنے کے لئے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔ ایسا کرنے میں ناکامی کسی بھی مالی امداد کے پروگرام کی چھوٹ کو کالعدم کر دے گا۔ ایک مکمل مالی معاونت پروگرام کی درخواست فی ضمانت دار لاگو ہے۔

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا معلومات میرے علم کے مطابق حقیقت اور درست ہیں۔

ضمانت دار کا دستخط:

تاریخ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_