

عنوان: مالی امداد کی پالیسی	
<b>مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013</b> <b>ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</b>	<input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس نارٹھ اسٹن میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ری بیبیلیشن ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ اسٹن میڈیکل سینٹر <input checked="" type="checkbox"/> ہارٹ ہاسپٹل آف اسٹن <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز	صفحہ: 1 از 9

اس پالیسی کا مقصد انٹرنل ریونیو سیکشن (r)501 کی مطلوبہ مالی مدد کی پالیسی کی پیروی کرنا ہے۔ یہ پالیسی ایک ایسا فریم ورک تشکیل دیتی ہے جس کی پیروی کرتے ہوئے سینٹ ڈیوڈز ہیلتھ کیئر پارٹنرشپ (ایس ڈی ایچ پی) ہنگامی اور ضروری طبی نگہداشت کے لئے مالی معاونت کے اہل مریضوں کو پہچان لے گی۔

تمام مریضوں کے اس پالیسی سے اچھی طرح آگاہ ہونے کو یقینی بنانے کے لئے SDHP (ایس ڈی ایچ پی) نے مندرجہ ذیل اقدامات کئے ہیں:

- مالی معاونت کی پالیسی کے بارے میں معلومات، سادہ زبان میں پالیسی کا خلاصہ، اور مالی معاونت کی درخواست اور اسے مکمل کرنے کے لئے ہدایات SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کی ویب سائٹ <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot> پر دستیاب ہیں۔
- رجسٹریشن پر مریضوں کو ایک دستاویز فراہم کی جاتی ہے جس میں بیمے کے بغیر دستیاب رعایت اور دستیاب دیگر رعایتی انتخابات (1 Exhibit) بیان کیے ہوتے ہیں۔
- مالی امداد کی درخواست سہولت کے مقامات پر بذریعہ ڈاک دستیاب ہے۔
- داخلے کے تمام مقامات پر چیریٹی کے مشن سے متعلق اور ہدایات دینے والے سائن بورڈز واضح طور پر معلومات پیش کرتے ہیں۔
- "آپ کے ہسپتال کے بل سے متعلق رہنما" کے عنوان والی ایک دستاویز مریضوں کو فراہم کی جاتی ہے۔ اس دستاویز میں بلنگ کا طریقہ کار اور مالی معاونت کی پالیسی کے بارے میں معلومات بھی بیان کی گئی ہے۔
- اس پالیسی کا خلاصہ SDHP (ایس ڈی ایچ پی) ہسپتالوں کے نزدیک واقع مقامی غیر منافع بخش تنظیموں کو فراہم کیا جاتا ہے۔

### چیریٹی کیئر اہلیتی نظام

**درخواست۔** چیریٹی کیئر کی اہلیت کے لئے درخواست دینے کے لئے، SDHP (ایس ڈی ایچ پی) ہسپتالوں سے SDHP (ایس ڈی ایچ پی) مالی معاونت کی درخواست مکمل کرنے کا تقاضہ کرتی ہے (2 Exhibit)۔ SDHP (ایس ڈی ایچ پی) مالی معاونت کی درخواست کی تکمیل کے تقاضے کی تعمیل نہ کرنے والے کسی مریض کو مالی معاونت فراہم کرنے کے لئے تیسرے فریق والے وینٹر (جیسا کہ کریڈٹ اسکورنگ طریقہ کار) سے الیکٹرانک نوٹیفکیشن استعمال کر سکتی ہے۔

مالی امداد کی درخواست، مالی امداد کی پالیسی، اور مالی امداد کی پالیسی کا آسان زبان میں خلاصہ تحریری درخواست پر مندرجہ ذیل پتوں سے دستیاب ہے (براہ مہربانی صراحت کریں کہ انگریزی، ہسپانوی، ویتنامی، سادہ چینی، کورین یا عربی)۔ اگر آپ کو مدد درکار ہو تو آپ ذیل میں دیے گئے پتوں پر یا ٹیلی فون نمبروں پر مریض کے اکاؤنٹ کی خدمات سے رابطہ کر سکتے ہیں:

مریض کے اکاؤنٹ کی خدمات  
 N MacArthur Blvd 10030  
 75063 Irving, TX

# StDavid's HEALTHCARE

عنوان: مالی امداد کی پالیسی	
<b>مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013</b> <b>ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</b>	<input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس نارٹھ آسٹن میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ری بیبیلیشن ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ آسٹن میڈیکل سینٹر <input checked="" type="checkbox"/> ہارٹ ہاسپٹل آف آسٹن <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز	صفحہ: 2 از 9

866-396-1025	جارج ٹاؤن ہاسپٹل
866-291-3547	ہارٹ ہاسپٹل آف آسٹن
866-391-2015	نارٹھ آسٹن میڈیکل سنٹر
866-391-2017	راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر
866-391-2018	ساؤتھ آسٹن میڈیکل سنٹر
866-391-2021	سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر
855-890-3304	سینٹ ڈیوڈز سرجیکل ہاسپٹل

درخواست ریاستی قوانین اور ذیل میں دیے گئے آمدن اور دستاویزات کے تقاضوں کے مطابق معلومات اکٹھی کرنے کی اجازت دیتی ہے۔ ہسپتال کے اعدادی دوروں کی صورت میں، SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کوشش کرے گی کہ مریض یا ذمہ دار فریق سے ہر ملاقات پر درخواست اور آمدن کی معلومات کی دوبارہ تصدیق کرے؛ تاہم بارہ مہینے گزرنے کے بعد ایک نئی درخواست اور نئی معاون دستاویزات حاصل کرنا ضروری ہو گا۔

قریبی خاندان کے افراد کا حساب مالی امداد کی درخواست کرنے والے مریضوں کے لئے ضروری ہے کہ وہ اپنے گھرانے کے افراد کی تعداد کی توثیق کریں۔

بالغان۔ بالغ مریض کے گھرانے کے افراد کی گنتی کرتے ہوئے مریض، اس کے میاں یا بیوی اور اس پر منحصر افراد کو شامل کریں۔

نابالغان۔ نابالغ مریض کے گھرانے کے افراد کی گنتی کرتے ہوئے مریض، مریض کی ماں، مریض کی ماں پر منحصر افراد، مریض کے باپ اور مریض کے باپ پر منحصر افراد کو شامل کریں۔

آمدن کا حساب۔ مریضوں کے لئے اپنے گھرانے کی سالانہ آمدن کی معلومات فراہم کرنا ضروری ہے۔

بالغان۔ بالغان کو، اس پالیسی کی مطابقت سے، مالی یا طبی طور پر ضرورت مند کے زمرے میں لانے کے لئے اصطلاح "سالانہ آمدنی" کا مطلب مریض اور اس کی بیوی یا شوہر کی کل سالانہ مجموعی آمدنی ہے۔

نابالغان۔ اگر مریض نابالغ ہو تو اصطلاح "سالانہ آمدن" سے مراد مریض، اس کی والدہ اور والد کی کل سالانہ آمدن مراد ہے۔

آمدن کی تصدیق۔ ذیل میں مقرر کردہ درکار دستاویزات کے مطابق مریض یا ذمہ دار فریق کو مالی امداد کی درخواست میں بیان کردہ آمدن کی تصدیق کرانا ضروری ہے۔

درکار دستاویزات۔ مندرجہ ذیل طریقوں سے مالی امداد کی درخواست میں دی گئی آمدن کی تصدیق کرائی جا سکتی ہے:

آمدن اشارے۔ فریق ثالث کی مالی دستاویزات کی فراہمی کے ذریعے، جن میں حسب ذیل شامل ہیں مگر یہ ان تک محدود نہیں؛ 2-IRS Form W (آئی آر ایس فارم ڈبلیو-2)؛ کمائی و ٹیکس کا سٹیٹمنٹ؛ تنخواہ کا جمع کرایا گیا چیک؛ انفرادی ٹیکس ریٹرنز؛ آجر کی طرف سے ٹیلیفون پر تصدیق؛ بینک سٹیٹمنٹس؛ سوشل

عنوان: مالی امداد کی پالیسی	
<b>مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013</b> <b>ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</b>	<input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس نارٹھ اسٹن میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ری بیبیلیشن ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ اسٹن میڈیکل سینٹر <input checked="" type="checkbox"/> ہارٹ ہاسپٹل آف اسٹن <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز	صفحہ: 3 از 9

سیکیورٹی ادائیگیوں کی رسیدیں، بے روزگاری بیمہ کی ادائیگی کے نوٹسز، بے روزگاری تلافی وظیفہ کے فیصلے کے خطوط، یا فریق ثالث وینڈر (یعنی کریڈٹ سکورنگ کے طریقے) سے برقی تصدیق۔ اضافی طور پر کمپنی مریض کے رہائشی علاقے کی معاشی صورت حال کو بھی ملحوظ رکھتی ہے۔

**عوامی بہبود کے پروگرام میں شرکت۔** ایسی دستاویزات کی فراہمی سے جو کسی مفاد عامہ کے پروگرام، مثلاً میڈیکڈ؛ کاؤنٹی کا صحت کا پروگرام برائے مفلسین؛ اے ایف ڈی سی (AFDC)؛ فوڈ سٹیمپس؛ ڈبلیو آئی سی (WIC)؛ ٹیکساس ہیلتھی کڈز؛ بچوں کی صحت کے بیمے کا پروگرام؛ یا مفلسی سے متعلق دیگر مماثل پروگرامز سے فائدہ اٹھا نا ظاہر کرتی ہوں۔ مالی معاونت کی تکمیل شدہ درخواست کے ساتھ اوپر دیے گئے کسی بھی پروگرام میں شراکت کا ثبوت درکار ہے۔

**تصدیق کا طریقہ کار۔** کسی مریض کی مکمل آمدن کا فیصلہ کرتے ہوئے SDHP (ایس ڈی ایچ پی) دیگر مالی اثاثہ جات اور ذمہ داریوں کے ساتھ ساتھ مریض کی خاندانی آمدن اور خاندان کی ادائیگی کی صلاحیت بھی زیر غور لا سکتی ہے۔ اگر اس بات کا فیصلہ کیا جائے کہ مریض میں بل کے بقایہ کی ادائیگی کی اہلیت ہے تو اس قسم کی فیصلہ اضافی دستاویزات کی پیشی پر مریض کی ادائیگی کی اہلیت کی تشخیص نو کو خارج نہیں کرتا۔

**زمرہ بندی آمدن کی تصدیق کی وجہ سے مؤخر۔** SDHP (ایس ڈی ایچ پی) خدمات کی تواریخ سے پہلے، اس کے دوران یا بعد میں کسی بھی وقت مالی معاونت کی درخواست پر غور کر سکتا ہے۔ تصدیقی عمل کے دوران جب SDHP (ایس ڈی ایچ پی) مریض کی آمدن معلوم کرنے کے لئے ضروری معلومات اکٹھی کر رہا ہو تو مریض کا علاج SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کی پالیسیوں کے تحت بطور نجی ادائیگی کیا جا سکتا ہے۔

**متضاد یا نا مکمل معلومات۔** اگر درخواست پر کارروائی کے دوران مریض کی فراہم کردہ معلومات متضاد یا نامکمل معلوم ہوں تو یہ پالیسی کسی طرح بھی SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کی مریض کی ادائیگی کی استطاعت کے حوالے سے اضافی نگرانی کرنے کی صلاحیت کو محدود نہیں کرتی۔ مثال کے طور پر SDHP (ایس ڈی ایچ پی) یہ معلوم کرنے کا انتخاب کر سکتی ہے کہ اگر مریض کی آمدن زیادہ ہے تو کم یا معدوم اثاثوں کی اطلاع کیوں دی گئی تھی۔

**غلط معلومات۔** غلط معلومات کی فراہمی کے نتیجے میں مالی امداد کی درخواست رد ہو سکتی ہے۔ اگر مالی امداد دیے جانے کے بعد SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کو کوئی مادی ثبوت کا پتہ چل جائے کہ مالی امداد کی درخواست جھوٹ پر مبنی تھی تو چیریٹی سے نگہداشت کی حیثیت ختم کی جا سکتی ہے اور مالی امداد روکی جا سکتی ہے۔

**مالی طور پر ضرورت مند کے طور پر زمرہ بندی** مالی طور پر ضرورت مند کا مطلب بغیر بیمہ یا کم بیمہ والا ایسا شخص ہے جسے رعایتی نگہداشتی اہلیت کے نظام کے تحت دی گئی خدمات کی بلا کسی ادائیگی یا رعایتی ادائیگی کے ساتھ طبی نگہداشت کے لئے قبول کر لیا گیا ہو۔

**زمرہ بندی۔** مریضوں کی مالی ضرورت مند کے طور پر زمرہ بندی اسی صورت میں کی جا سکتی ہے جب ان کی سالانہ آمدن ریاست ہائے متحدہ کے سالانہ اپ ڈیٹ کیے جانے والے وفاقی رجسٹر کی غربت کی ہدایات سے %200 کم یا برابر ہو۔ صحت و انسانی خدمات کا شعبہ ("غربت کی وفاقی ہدایات")۔ اپ ڈیٹ کردہ غربت کی وفاقی ہدایات کا اطلاق ان کے اجراء کے بعد والے پہلے ماہ کی پہلی تاریخ سے ہوتا ہے۔

عنوان: مالی امداد کی پالیسی	
<b>مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013</b> <b>ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</b>	<input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس نارٹھ اسٹن میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ری بیبیلیشن ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ اسٹن میڈیکل سینٹر <input checked="" type="checkbox"/> ہارٹ ہاسپٹل آف اسٹن <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز	صفحہ: 4 از 9

<p><b>طبی لحاظ سے بطور ضرورت مند زمرہ بندی</b> طبی لحاظ سے ضرورت مند سے مراد ایسا مریض ہے جس کا طبی یا اسپتال کا بل فریق ٹالٹ کی ادائیگی کے بعد، اس شخص کی سالانہ آمدن کے صراحت کردہ فیصد سے بڑھ جائے اور وہ اپنے بقیہ بل ادا کرنے کی استطاعت نہیں رکھتا ہو۔</p> <p><b>ابتدائی جائزہ۔</b> طبی لحاظ سے ضرورت مند کے طور پر زمرہ بندی کے لئے غور کیے جانے کے لئے ضروری ہے کہ تمام فریق ٹالٹ کی ادائیگی کے بعد مریض کے ذمے واجب الادا رقم مریض کی سالانہ آمدن سے دس فیصد (10 فیصد) سے زیادہ ہو اور مریض میں بل کے باقیہ کی ادائیگی کی صلاحیت نہ ہو۔ اگر مریض جائزے کے اس بنیادی تشخیصی معیار پر پورا نہ اترے تو اس کی طبی لحاظ سے ضرورت مند کے طور پر زمرہ بندی نہیں ہو سکتی۔</p> <p><b>قبولیت۔</b> SDHP (ایس ڈی ایچ پی) ایسے مریض کو قبول کر سکتا ہے جو طبی لحاظ سے ضرورت مند کے بنیادی تشخیصی معیار اور ذیل میں مقرر معیار پر پورا اترتا ہو:</p> <p>(i) <b>سالانہ آمدن غربت کی وفاقی ہدایات کے 200% سے 500% کے درمیان ہو۔</b> ضروری ہے کہ مریض کی آمدن غربت کی وفاقی ہدایات کے 200% سے زیادہ ہو مگر 500% سے کم ہو۔ ایسی صورتوں میں ریاستہائے متحدہ کے وفاقی رجسٹر میں سالانہ اپ ڈیٹ کی جانے والی غربت کی وفاقی ہدایات سے مریض کی سالانہ آمدنی کا موازنہ کر کے SDHP (ایس ڈی ایچ پی) مریضوں کو دی جانے والی مالی خیراتی امداد کا فیصلہ کرے گا۔ صحت و انسانی خدمات کا شعبہ ("غربت کی وفاقی ہدایات") رعایت 40 تا 90 فیصد تک مختلف ہو سکتی ہے۔ غیر بیمہ شدہ رعایت کا اطلاق خیراتی رعایت کے بعد بقیہ واجب الادا رقم پر ہو گا۔</p> <p>(ii) <b>تباہ کن حد تک طبی لحاظ سے مفلس۔</b> غیر معمولی طور پر بڑے اکاؤنٹس والے مریض تباہ کن حد تک طبی لحاظ سے مفلس کی اہلیت کے اہل ہو سکتے ہیں جب بقایا جات ان کی آمدن سے ایک خاص فی صدی مقدار سے بڑھ جائیں۔ ایسی صورتوں میں بقایا جات مریض کی آمدن کی معقول فی صدی مقدار تک، جو 10 تا 40 فیصد تک ہوتی ہے، کم کرنے کے لئے ضروری رقم کا حساب لگا کر SDHP (ایس ڈی ایچ پی) مالی معاونت کی رقم کا فیصلہ کرے گا۔ براہ مہربانی ذیل میں "تصدیقی طریقہ ہائے کار" کا سیکشن دیکھیں جس سے مریض اس حساب کے بارے میں مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں۔</p> <p><b>تصدیقی طریقہ ہائے کار۔</b> بعنوان Exhibit 1 منسلک "غیر بیمہ شدہ مریض کی معلومات کی دستاویز" میں دی گئی تفصیلات کے مطابق SDHP (ایس ڈی ایچ پی) میڈیکل یا خیراتی معاونت کی اہلیت کا فیصلہ کرنے کے لئے تمام غیر بیمہ شدہ مریضوں کے ساتھ کام کرے گا۔ درخواست کے جائزے اور اس کی کارروائی مکمل ہونے کے بعد مریضوں کو ڈاک سے مالی معاونت کے لئے اہلیت کی اطلاع دی جائے گی۔ منظوری کے لئے درخواست کا جائزہ لینے میں شینرڈ سروس سنٹر (ایس ایس سی) اہلیت کا فیصلہ کرے گا، بشمول اس بات کا تعین کہ اہلیت کا تعین کرنے کے لئے معقول کوششیں کی گئی تھیں۔ ایسا مینجر مریض کی ادائیگی کی اہلیت معلوم کرنے کے لئے موجودہ معلومات مثلاً اثاثوں کی مزید تفتیش بھی کر سکتا ہے یا مریض کی حکومتی یا دیگر فنڈنگ کے لئے اہلیت معلوم کرنے کے لئے مزید تفتیش کر سکتا ہے۔</p> <p>اگر کوئی مریض خیراتی امداد کے اہل نہ ہو یا مریض خیراتی امداد کے اطلاق کے بعد بقایا جات کے ایک حصے، غیر بیمہ شدہ رعایت یا دیگر ناقابل اطلاق رعایتوں کے لیے ذمہ دار ہو گا۔ انٹرنل ریونیو سروس ریگولیشنز کے مطابق لک بیک طریقہ استعمال کرتے ہوئے واجب الادا رقم بیمہ والے مریضوں کے واجب الادا بلوں سے زیادہ نہیں ہو گی۔ مریض مندرجہ ذیل کو درخواست جمع کرا کے اس حساب کتاب کی معلومات طلب کر سکتے ہیں:</p>	
---	--

# StDavid's HEALTHCARE

عنوان: مالی امداد کی پالیسی	
<b>مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013</b> <b>ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</b>	<input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس نارٹھ اسٹن میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ری بیبیلیشن ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ اسٹن میڈیکل سینٹر <input checked="" type="checkbox"/> ہارٹ ہاسپٹل آف اسٹن <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز	صفحہ: 5 از 9

<b>مریض کے اکاؤنٹ کی خدمات</b> <b>N MacArthur Blvd 10030</b> <b>75063 Irving, TX</b>	
<b>حقوق کا تحفظ</b>	
<p>SDHP (ایس ڈی ایچ پی) یہ حق محفوظ رکھتا ہے کہ محض اپنی صوابدید پر مالی امداد محدود کرے یا اس سے انکار کرے۔</p>	
<b>غیر بیمہ شدہ خدمات</b>	
<p>بطور Exhibit 3 اور بحوالہ مکمل یہاں پر موجود فراہم کاران کی ایک فہرست ملحق ہے جو SDHP (ایس ڈی ایچ پی) ہسپتالوں میں ہنگامی یا دیگر طبی خدمات فراہم کر سکتے ہیں۔ Exhibit 3 اس بات کی صراحت کرتا ہے کہ کون سے فراہم کاران اس مالی امداد کی پالیسی کے تحت آتے ہیں اور کونسے نہیں۔ منتخب علاج یا دیگر نگہداشت جو ہنگامی نہ ہو یا اس کے برعکس طبی لحاظ سے ضروری نہ ہو کے فراہم کاران اس مالی معاونت کی پالیسی کے تحت نہیں آتے۔ منسلک Exhibit 3 ماہانہ بنیاد پر اپ ڈیٹ کیا جاتا ہے۔</p>	
<p>مندرجہ ذیل پتے پر ایک تحریری درخواست جمع کرا کے عام لوگ Exhibit 3 کی ایک نقل حاصل کر سکتے ہیں: پیشنت اکاؤنٹنگ سروسز، 75063 N MacArthur Blvd, Irving, TX 10030؛ یا فیسلیٹی کے مالی معاونت کی پالیسی میں دیے گئے ٹیل فون نمبر پر کال کر کے۔ مریض Exhibit 3 کی نقل اس ویب سائٹ سے ڈاؤن لوڈ کر سکتے ہیں:</p> <p style="text-align: center;"><a href="https://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot">https://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot</a></p>	

# StDavid's HEALTHCARE

عنوان: مالی امداد کی پالیسی	
<b>مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013</b> <b>ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</b>	<input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس نارٹھ اسٹن میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ری بیبیلیشن ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ اسٹن میڈیکل سینٹر <input checked="" type="checkbox"/> ہارٹ ہاسپٹل آف اسٹن <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز	صفحہ: 6 از 9

## 1 Exhibit

\_\_\_\_\_ مریض کا نام: \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ نمبر: \_\_\_\_\_

غیر بیمہ شدہ مریض کی معلوماتی دستاویز

اس دستاویز کا مقصد غیر بیمہ شدہ مریضوں کو ان کی طبی نگہداشت کے مالی پہلوؤں سے روشناس کرانا ہے۔ آئی موبائل، فریق ثلاث کی ذمہ داری میں آنے والے یا دیگر ذرائع ادائیگی والے مریض غیر بیمہ شدہ رعایت کے مستحق نہ ہوں گے۔

یہ دستاویز آپ کا کہنا ہے باقی کرنے کے لئے موجود دیگر اختیارات کی معلومات بھی فراہم کرتی ہے۔ غیر بیمہ شدہ مریضوں کی مدد کی کوشش میں HCA (ایچ سی اے) آپ کے اکاؤنٹ پر ایک رعایت کا اطلاق کرے گا اور پھر بقایا جات کی خلاصی کرنے کے لئے آپ کے ساتھ کام کرے گا۔

مندرجہ ذیل معلومات اس بات کا خلاصہ ہیں کہ کس طرح غیر بیمہ شدہ اکاؤنٹ کی کارروائی ہو گی اور کون کون سے رعایتی اختیارات آپ کے لئے موجود ہوں گے۔ اگر آپ نے کوئی خود اختیاری کاسمیٹک یا فلپٹ ریٹ کارروائی کوآئی ہے تو ان پر اس کا اطلاق نہ ہو گا۔ بصورت دیگر HCA (ایچ سی اے) تمام غیر بیمہ شدہ بلوں پر رعایت دیتا ہے۔ کسی اکاؤنٹ پر رعایتی واجب الادا بقایا جات کی خدمت کے وقت مکمل ادائیگی کی توقع کی جاتی ہے۔

فراہم کردہ خدمت کے مکمل اخراجات اکاؤنٹ پر لاگو ہوتے ہیں۔ تمام اخراجات پر غیر بیمہ شدہ رعایت کا اطلاق ہوتا ہے جس سے اکاؤنٹ کے بقایا جات کم ہو جاتے ہیں اور اگر آپ رعایتی اکاؤنٹ کے بقایا جات پوری طرح ادا نہ کر سکتے ہوں تو ہم مابانہ بندوبست کے لئے آپ کے ساتھ مل کر کام کرتے ہیں۔

اگر آپ مابانہ ادائیگیاں قائم نہیں کر سکتے تو ہم میڈیکل امداد کے لئے درخواست دینے میں آپ کی مدد کریں گے۔

اگر آپ کو میڈیکل مل جاتی ہے تو ہم بل نہیں دے دیں گے اور آپ صرف غیر بیمہ اخراجات کی ادائیگی کے پابند ہوں گے۔

اگر آپ میڈیکل کے اہل نہیں ہیں تو آپ مالی معاونت کی درخواست پر کر سکتے ہیں، حسب ضرورت معاون دستاویزات فراہم کر سکتے ہیں اور ممکنہ خیراتی رعایت کے لئے اس ملاقات پر نظر ثانی کرانیں گے۔

اگر آپ غربت کی وفاقی ہدایات کے مطابق خیراتی رعایت کے اہل ہوجائیں تو آپ کا اکاؤنٹ مکمل ادائیگی شدہ سمجھا جائے گا۔ اگر آپ درکار غربت کی وفاقی ہدایات پر پورے نہیں اترتے تو آپ کو فوراً بل کی ادائیگی کا بندوبست کرنا ہو گا۔

منظور شدہ خیراتی اکاؤنٹس پر HCA (ایچ سی اے) 100 فیصد رعایت فراہم کرتا ہے۔ دیگر تمام غیر بیمہ شدہ اکاؤنٹس پر جزوی رعایت ملے گی۔

\_\_\_\_\_ مریض/ذمہ دار فریق کے دستخط

\_\_\_\_\_ تاریخ

\_\_\_\_\_ دستخط گراہ

\_\_\_\_\_ تاریخ

627SSD.FT.COLL غیر بیمہ شدہ مریض کی معلومات کی دستاویز  
PAS فائل میں دستخط نقل

غیر بیمہ شدہ مریض کی معلومات کی دستاویز

تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_  
 پیدائش سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر \_\_\_\_\_

<b>عنوان: مالی امداد کی پالیسی</b>	
<b>مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013</b> <b>ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</b>	<input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس نارٹھ اسٹن میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ری ہیبیلیشن ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ اسٹن میڈیکل سینٹر <input checked="" type="checkbox"/> ہارٹ ہاسپٹل آف اسٹن <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
<b>منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز</b>	<b>صفحہ: 7 از 9</b>

2 Exhibit	1 از 2										
<b>سینٹ ڈیوڈز ہیلتھ کیئر پارٹنرشپ کو مالی امداد کی درخواست</b>											
<p>مریض کا نام _____</p> <p>تقریب کا نام _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p>	<p>مریض کا نام _____</p> <p>تقریب کا نام _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p> <p>تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ) _____</p>										
<p>نقص، کمزوری، براہ مہربانی اپنے گھرانے کے ممبروں میں سے ہر فرد کی کٹائی یوں کریں۔</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>مریض</td> <td>نقص</td> <td>ایک پر دائرہ لگائیں۔</td> <td>مریض کے والد (اگر مریض ذیلیق ہے)</td> <td>ایک پر دائرہ لگائیں۔</td> </tr> <tr> <td>شریک حیات</td> <td>نقص</td> <td>گھنٹہ / N/A / مہینہ / سال</td> <td>مریض کی والدہ (اگر مریض ذیلیق ہے)</td> <td>گھنٹہ / N/A / مہینہ / سال</td> </tr> </table>		مریض	نقص	ایک پر دائرہ لگائیں۔	مریض کے والد (اگر مریض ذیلیق ہے)	ایک پر دائرہ لگائیں۔	شریک حیات	نقص	گھنٹہ / N/A / مہینہ / سال	مریض کی والدہ (اگر مریض ذیلیق ہے)	گھنٹہ / N/A / مہینہ / سال
مریض	نقص	ایک پر دائرہ لگائیں۔	مریض کے والد (اگر مریض ذیلیق ہے)	ایک پر دائرہ لگائیں۔							
شریک حیات	نقص	گھنٹہ / N/A / مہینہ / سال	مریض کی والدہ (اگر مریض ذیلیق ہے)	گھنٹہ / N/A / مہینہ / سال							
<p>یہ نیٹو ٹرانس: براہ مہربانی اپنے لئے دستیاب دیگر ذرائع بشمول بچت اکاؤنٹس، چیکنگ اکاؤنٹس، سٹاکس، بانڈز وغیرہ کی کل رقم بتائیں۔ ٹال</p> <p>براہ مہربانی ان دیگر ذرائع سے آپ کو حاصل ہونے والی سالانہ آمدن بتائیں۔ S</p>											
<p>ج. خاندان کے افراد: براہ مہربانی مریض کے گھر میں رہنے والے افراد کی تعداد بتائیں۔</p>											
<p>د. آمدن کی تصدیق: اپنی آمدن کی تصدیق کے لئے براہ مہربانی ذیل میں سے کوئی دستاویز فراہم کریں۔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آئی آر ایس فرم ڈیپو-2</li> <li>• پے چیک کی کاپیوں</li> <li>• ٹیکس ریٹرن</li> <li>• بونڈ سٹیٹمنٹس</li> <li>• دیگر، براہ مہربانی صراحت کریں</li> </ul> <p>اگر آپ اوپر بیان کردہ آمدن کے ذرائع میں سے کوئی بھی فراہم نہیں کر سکتے تو وجہ بتائیں کہ یہ معلومات کیوں دستیاب نہیں۔</p>											
<p>مجھے سمجھے ہے کہ سینٹ ڈیوڈز ہیلتھ کیئر پارٹنرشپ (SDHP) میں سے مالی معاونت کی درخواست ("درخواست") میں دی گئی مالی معلومات کی تصدیق کر سکتی ہے۔ SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کے اس درخواست کے جانچنے اور میری دستخط کے ذریعے میں اپنے اور کو اجازت دیا جاتا ہے کہ اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کرے۔ 1 میری طرف سے SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کو اجازت ہے کہ گریڈ ریورنگ ایجنسی اور سوشل سیکورٹی ایجنسیوں سے رپورٹس کی درخواست کرے۔ 1 میری طرف سے تصدیق کی جاتی ہے کہ میرے پاس علم و یقین کی حد تک یہ معلومات درست ہیں اور میں آگاہ ہوں کہ اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات فراہم کرنے کا نتیجہ مالی امداد سے انکار ہو سکتا ہے۔</p> <p>مجھے سمجھے ہے کہ کسی بھی قسم کی مالی امداد کا حصول میری ذمہ داریوں کو کم کرے گی۔ SDHP (ایس ڈی ایچ پی) اپنی مالی امداد جاری یا مکمل نہیں کر سکتی ہے۔</p>											
<p>_____ تاریخ</p> <p>_____ تاریخ</p> <p>_____ تاریخ</p>											
<p>مریض یا ذمہ دار فریق کا دستخط</p> <p>SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کے ملازم کا دستخط (اگر مالی معاونت کا یہ درخواست کا کوئی حصہ SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کے ملازم کے ذریعے مکمل کیا گیا ہے۔</p>											

عنوان: مالی امداد کی پالیسی

<input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس نارٹھ اسٹن میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس میڈیکل سنٹر <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ری بیبیلیشن ہاسپٹل <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ اسٹن میڈیکل سینٹر <input checked="" type="checkbox"/> ہارٹ ہاسپٹل آف اسٹن <input checked="" type="checkbox"/> سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل	<b>مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013</b> <b>ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</b>
صفحہ: 8 از 9	منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز

2 Exhibit 2 از 2

## سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر پارٹنرشپ کو مالی امداد کی درخواست کی معلومات و ہدایات

ہدایات:

کمپنی کی خدمت کی اپنی لگن کے حصے کے طور پر اور سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر کے خیراتی مقاصد میں سے ایک کو پورا کرتے ہوئے سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر پارٹنرشپ بعض خاص آمدنی کے تقاضوں پر پورے اترنے والے افراد کو مالی امداد دینے کا فیصلہ کرتی ہے۔

اس درخواست میں دی گئی تفصیلات کے مطابق کسی فرد کے مالی معاونت کے اہل ہونے کا تعین کرنے کے لئے ہمیں کچھ خاص معلومات حاصل کرنی ہوتی ہیں۔ آپ کا تعاون ہمیں آپ کی مالی معاونت کی درخواست پر پوری طرح غور کرنے کا موقع دے گا۔

براہ مہربانی مالی معاونت کی درخواست مکمل کریں اور مکمل شدہ فارم رجسٹریشن نمائندہ کو جمع کرائیں یا مکمل کردہ فارم مندرجہ ذیل پتے پر ڈاک سے بھیجا جا سکتا ہے:

مریض کے اکاؤنٹ کی خدمات

N. MacArthur Blvd 10030

75063 Irving, TX

سیکشن الف: کمائی

مالی معاونت کی درخواست کے سیکشن الف میں براہ مہربانی فہرست میں دیے گئے ہر فرد کو ملنے والا معاوضہ ڈالوں میں بتائیں نیز واضح کریں کہ یہ رقم گھنٹہ وار، ہفتہ وار، ماہوار یا سالانہ معاوضے کو ظاہر کرتی ہے۔

سیکشن ب: دیگر ترانے

مالی معاونت کی درخواست کے سیکشن ب کے پہلے خانے میں براہ مہربانی اپنی چیکنگ اکاؤنٹس، بچت اکاؤنٹس، سٹاکس وغیرہ میں کی گئی سرمایہ کاری کی رقم ڈالوں میں بیان کریں۔ دوسرے خانے میں ایسی سرمایہ کاریوں سے حاصل ہونے والی سالانہ رقم ڈالوں میں لکھیں۔ مثال کے طور پر، پہلے خانے میں یہ لکھا جا سکتا ہے کہ ان کے بچت 5,000\$ ہیں اور دوسرے خانے میں یہ لکھا جا سکتا ہے کہ اس اکاؤنٹ سے انہیں \$250 سالانہ سود ملتا ہے۔

سیکشن ج: خاندان کے افراد

مالی معاونت کی درخواست کا سیکشن ج مریض کے گھر میں رہنے والے افراد کی تعداد سے متعلق معلومات کے لئے ہے۔ اس تعداد میں مریض، مریض کی بیوی یا شوہر اور مریض پر منحصر افراد شامل ہیں۔ اگر مریض نابالغ ہو تو براہ مہربانی مریض، مریض کی ماں اور/یا والد اور/یا قانونی سرپرست اور مریض کی والدہ اور/یا والد، اور/یا قانونی سرپرست پر منحصر افراد شامل کریں۔

سیکشن د: آمدن کی تصدیق

آپ کی درخواست برائے مالی معاونت زیر غور لانے کے لئے مالی معاونت کی درخواست کے سیکشن الف میں دیے گئے معاوضے کی تصدیق درکار ہے۔ براہ مہربانی آئی آر ایس فارم ڈیو-2 (2-IRS Form W) معاوضے اور ٹیکس سٹیٹمنٹ کی نقل، تنخواہ کے چیک کی رسید، ٹیکس ریٹرن، بینک سٹیٹمنٹ یا آمدن ظاہر کرنے والی دیگر مناسب دستاویز یا عوامی فلاح کے پروگرام مثلاً سوشل سیکیورٹی، بے روزگاری وظیفہ، میڈیکل، کاؤنٹی انٹیجینٹ ہیلتھ پروگرام، AFDC (ایے ایف ڈی سی)، بے روزگاری بیمہ، فوڈ سٹیمپس، ڈیپو سی، ٹیکساس ہیلتھ کیئر، چلڈرنز ہیلتھ انشورنس پروگرام یا دیگر خیریت سے متعلقہ پروگراموں میں شمولیت کا ثبوت دیں۔

اپنے آجر سے تحریری ثبوت فراہم کر کے یا SDHP (ایس ڈی ایچ پی) نمائندہ سے اس کی بات کروا کے بھی آپ اپنے معاوضے کی تصدیق کر سکتے ہیں۔

اگر آپ اوپر فہرست میں آمدن کی دستاویزات میں سے کوئی بھی فراہم نہ کر سکیں تو براہ مہربانی مالی امداد کی درخواست کے سیکشن د میں تحریری وضاحت دیں۔

فزیشن کی خدمات

خدمات فراہم کرنے والے فزیشنز سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر پارٹنرشپ کے ملازمین نہیں ہیں۔ آپ کو آپ کے نجی فزیشن اور آپ کو درکار دیگر فزیشنز کی خدمات کے بل آپ کو علیحدہ موصول ہوں گے۔ ان بلوں کے بارے میں سوالات، فزیشن خدمات کی ادائیگی کے انتظامات کرنے کے لئے براہ مہربانی انفرادی فزیشن کے دفتر سے رابطہ کریں۔