St David's HealthCare

<table>
<tr><td colspan="2">**عنوان: مالی امداد کی پالیسی**</td></tr>
<tr><td>**مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013**
ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</td><td>☑ سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل
☑ سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر
☑ سینٹ ڈیوڈس نارتھ آسٹن میڈیکل سنٹر
☑ سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر
☑ سینٹ ڈیوڈس ری ہیبیلیشن ہاسپٹل
☑ سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ آسٹن میڈیکل سینٹر
☑ ہارٹ ہاسپٹل آف آسٹن
☑ سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل</td></tr>
<tr><td>**منظور کردہ:** سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز</td><td>**صفحہ:** 1 از 8</td></tr>
</table>

اس پالیسی کا مقصد انٹرنل ریونیو سیکشن 501(r) 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 سائیٹ 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 (Exhibit 1) 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 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۔

<u>چیریٹی کیئر اہلیتی نظام</u>

<u>درخواست</u>. چیرٹی کیئر کی اہلیت کے لئے درخواست دینے کے لیے، SDHP (ایس ڈی ایچ پی) ہسپتالوں سے SDHP (ایس ڈی ایچ پی) مالی معاونت کی درخواست مکمل کرنے کا تقاضہ کرتی ہے (Exhibit 2)۔ 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 لیے تیسرے فریق والے وینڈر (جیسا کہ کریڈٹ اسکورنگ طریقہ کار) سے الکٹرانک توثیق 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
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

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

درخواست ریاستی قوانین اور ذیل میں دیے گئے آمدن اور دستاویزات کے تقاضوں کے مطابق معلومات اکٹھی کرنے کی اجازت دیتی ہے۔ ہسپتال کے اعادی 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؛ IRS Form W-2 (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

St David's HealthCare

عنوان: مالی امداد کی پالیسی	
مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013 **ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020**	☑ سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل ☑ سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر ☑ سینٹ ڈیوڈس نارتھ آسٹن میڈیکل سنٹر ☑ سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر ☑ سینٹ ڈیوڈس ری ہیبیلیشن ہاسپٹل ☑ سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ آسٹن میڈیکل سینٹر ☑ ہارٹ ہاسپٹل آف آسٹن ☑ سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز	**صفحہ:** 3 از 8

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 میڈکیڈ؛ 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۔

<u>تصدیق کا طریقہ کار۔</u> 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۔

<u>زمرہ بندی آمدن کی تصدیق کی وجہ سے مؤخر۔</u> 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۔

<u>متضاد یا نا مکمل معلومات۔</u> 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۔

<u>غلط معلومات۔</u> 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۔

<u>مالی طور پر ضرورت مند کے طور پر زمرہ بندی</u> 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۔

<u>زمرہ بندی۔</u> 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۔

St. David's HealthCare

عنوان: مالی امداد کی پالیسی	
مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013 **ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020**	☑ سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل ☑ سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر ☑ سینٹ ڈیوڈس نارتھ آسٹن میڈیکل سنٹر ☑ سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر ☑ سینٹ ڈیوڈس ری ہیبیلیشن ہاسپٹل ☑ سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ آسٹن میڈیکل سینٹر ☑ ہارٹ ہاسپٹل آف آسٹن ☑ سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز	**صفحہ:** 4 از 8

طبی لحاظ سے بطور ضرورت مند زمرہ بندی طبی لحاظ سے ضرورت مند سے مراد ایسا مریض ہے جس کا طبی یا اسپتال کا بل فریق ثالث 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۔

ابتدائی جائزہ۔ طبی لحاظ سے ضرورت مند کے طور پر زمرہ بندی کے لئے غور کیے جانے کے لئے ضروری ہے کہ تمام فریق ثالث 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۔

قبولیت۔ 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:

(i) **سالانہ آمدن غربت کی وفاقی ہدایات کے 200% سے 500% کے درمیان ہو۔** 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 کی 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۔

(ii) **تباہ کن حد تک طبی لحاظ سے مفلس۔** 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۔

تصدیقی طریقہ ہائے کار۔ بعنوان Exhibit 1 منسلک ''غیر بیمہ شدہ مریض کی معلومات کی دستاویز'' میں دی گئی تفصیلات کے مطابق SDHP (ایس ڈی ایچ پی) میڈیکیڈ 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 شیئرڈ 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۔

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 لُک 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:

St David's HealthCare

<table>
<tr><td colspan="2">عنوان: مالی امداد کی پالیسی</td></tr>
<tr><td>مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013
ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020</td><td>☑ سینٹ ڈیوڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل
☑ سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر
☑ سینٹ ڈیوڈس نارتھ آسٹن میڈیکل سنٹر
☑ سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر
☑ سینٹ ڈیوڈس ری ہیبیلیشن ہاسپٹل
☑ سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ آسٹن میڈیکل سینٹر
☑ ہارٹ ہاسپٹل آف آسٹن
☑ سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل</td></tr>
<tr><td>منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز</td><td>صفحہ: 5 از 8</td></tr>
</table>

مریض کے اکاؤنٹ کی خدمات
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

<u>حقوق کا تحفظ</u>

SDHP (ایس ڈی ایچ پی) یہ حق محفوظ رکھتا ہے کہ محض اپنی صوابدید پر مالی امداد محدود کرے یا اس سے انکار کرے۔

<u>غیر بیمہ شدہ خدمات</u>

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 نہگداشت 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۔

مندرجہ ذیل پتے پر ایک تحریری درخواست جمع کرا کے عام لوگ Exhibit 3 کی ایک نقل حاصل کر سکتے ہیں: پیشنٹ اکاؤنٹنگ سروسز، PO Box 292369, Nashville, TN 37229-2369 ؛ 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: https://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot۔

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۔ آٹو موبائل، فریق ثالث 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 کھاتہ بے باق 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 فلیٹ ریٹ کارروائی کوائی 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 ماہانہ بندوبست کے لئے آپ کے ساتھ مل کر کام کرتے ہیں۔
اگر آپ ماہانہ ادائیگیاں قائم نہیں کر سکتے تو ہم میڈیکیڈ امداد کے لئے درخواست دینے میں آپ کی مدد کریں گے۔
اگر آپ کو میڈیکیڈ مل جاتی ہے تو ہم بل انہیں دے دیں گے اور آپ صرف غیر بیمہ اخراجات کی ادائیگی کے پابند ہوں گے۔
اگر آپ میڈیکیڈ کے اہل نہیں ہیں تو آپ مالی معاونت کی درخواست پر کر سکتے ہیں، حسب ضرورت معاون دستاویزات فراہم کرسکتے ہیں اور ممکنہ خیراتی رعایت کے لئے اس ملاقات پر نظر ثانی کرائیں 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 گواہ ____________ 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:
پہلا سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر
J

2 Exhibit

1 از 2

سینٹ ڈیوڈز ہیلتھ کیئر پارٹنرشپ کو مالی امداد کی درخواست

مریض کا نام ____________________ مریض کا اکاؤنٹ نمبر

ٹیلی فون نمبر ____________________ سوشل سیکیورٹی نمبر ____________________ تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ)

☐ملازمت پیشہ
☐غیر ملازمت پیشہ ____________________

آجر (نام، پتہ و ٹیلی فون نمبر)

شریک حیات کا نام ____________________ سوشل سیکیورٹی نمبر ____________________ تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ)

مریض کے والد (اگر مریض نابالغ ہے) ____________________ سوشل سیکیورٹی نمبر ____________________ تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ)

مریض کی والدہ (اگر مریض نابالغ ہے) ____________________ سوشل سیکیورٹی نمبر ____________________ تاریخ پیدائش (سال/تاریخ/مہینہ)

الف.کمائی: براہ مہربانی اپنے گھرانے کے مندرجہ ذیل میں سے ہر فرد کی کمائی بیان کریں۔

		ایک پر دائرہ لگائیں۔			ایک پر دائرہ لگائیں۔
مریض	ڈالر ____________	گھنٹہ/ N/k مہینہ/ سال	مریض کے والد (اگر مریض نابالغ ہے)	ڈالر ____________	گھنٹہ/ N/k مہینہ/ سال
شریک حیات	ڈالر ____________	گھنٹہ/ N/k مہینہ/ سال	مریض کی والدہ (اگر مریض نابالغ ہے)	ڈالر ____________	گھنٹہ/ N/k مہینہ/ سال

ب.دیگر ذرائع: براہ مہربانی اپنے لئے دستیاب دیگر ذرائع بشمول بچت اکاؤنٹس، چیکنگ اکاؤنٹس، سٹاکس، بانڈز وغیرہ کی کل رقم بتائیں۔ ڈالر

براہ مہربانی ان دیگر ذرائع سے آپ کو حاصل ہونے والی سالانہ آمدن بتائیں۔ S

ج.خاندان کے افراد: براہ مہربانی مریض کے گھر میں رہنے والے افراد کی تعداد بتائیں۔ ____________________

د.آمدن کی تصدیق: اپنی آمدن کی تصدیق کے لئے براہ مہربانی ذیل میں سے کوئی دستاویز فراہم کریں۔

- آئی آر ایس فارم ڈبلیو-2
- پے چیک کی ترسیل
- ٹیکس ریٹرن
- بینک سٹیٹمنٹس
- آجر کی تصدیق
- حکومتی امداد کے پروگرامز مثلاً فوڈ سٹیمپس میں شرکت کا ثبوت
- سوشل سیکیورٹی یا بے روزگاری تلافی کے وظیفے کے تعین کے خطوط
- دیگر، براہ مہربانی صراحت کریں

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۔

مجھے سمجھ ہے کہ سینٹ ڈیوڈز ہیلتھ کیئر پارٹنرشپ (SDHP/ایس ڈی ایچ پی) اس مالی معاونت کی درخواست ("درخواست") میں دی گئی مالی معلومات کی تصدیق کر سکتی ہے۔ SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کے اس درخواست کے جائزے اور میری دستخط کے ذریعے میں اپنے آجر کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کرے۔ 1 میری طرف سے SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کو اجازت ہے کہ کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیز اور سوشل سیکیورٹی انتظامیہ سے رپورٹس کی درخواست کرے۔ 1 میری طرف سے تصدیق کی جاتی ہے کہ میرے بہترین علم و یقین کی حد تک یہ معلومات درست ہیں اور میں آگاہ ہوں کہ اس درخواست میں غلط معلومات دینے کا نتیجہ مالی امداد سے انکار ہو سکتا ہے۔

مجھے سمجھ ہے کہ کسی بھی قسم کی مالی امداد کا انحصار میری ادائیگی کرنے کی استطاعت نہ ہونے پر ہے نیز یہ کہ اگر کوئی نیا ذریعہ آمدن مہیا ہوتا ہے تو SDHP (ایس ڈی ایچ پی) اپنی مالی امداد جزوی یا مکمل واپس لے سکتی ہے۔

____________________ تاریخ ____________________
مریض یا ذمہ دار فریق کا دستخط

____________________ تاریخ ____________________
SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کے ملازم کا دستخط اگرمالی
معاونت کا کی درخواست کا کوئی حصہ SDHP (ایس ڈی ایچ پی) کے ملازم کے ذریعے مکمل کیا گیا ہے۔

St✝David's HealthCare

عنوان: مالی امداد کی پالیسی	
مؤثر تاریخ: دسمبر 13، 2013 **ترمیمی مؤثر تاریخ: نومبر 01، 2020**	☑ سینٹ ڈیویڈس جارج ٹاؤن جارج ہاسپٹل ☑ سینٹ ڈیوڈس راؤنڈ راک میڈیکل سنٹر ☑ سینٹ ڈیوڈس نارتھ آسٹن میڈیکل سنٹر ☑ سینٹ ڈیوڈز میڈیکل سنٹر ☑ سینٹ ڈیوڈس ری ہیبیلیشن ہاسپٹل ☑ سینٹ ڈیوڈس ساؤتھ آسٹن میڈیکل سینٹر ☑ ہارٹ ہاسپٹل آف آسٹن ☑ سینٹ ڈیوڈس سرجیکل ہاسپٹل
منظور کردہ: سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کیئر بورڈ آف گورنرز	**صفحہ:** 8 از 8

2 Exhibit 2 از 2

سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کئیر پارٹنرشپ مالی امداد کی درخواست کی معلومات اور ہدایات

ہدایات:

سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کئیر پارٹنرشپ سسٹم کے کمیونٹی کی خدمت انجام دینے کے عزم اور ایک خیراتی مقصد میں سے ایک کے حصے کے طور پر سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کئیر پارٹنرشپ ایسے افراد کو مالی امداد فراہم کرنے کا انتخاب کرتی ہے جو آمدنی کی مخصوص تقاضوں کو مطمئن کرتا ہو۔

یہ دریافت کرنے کے لیے کہ آیا ایک شخص مالی امداد حاصل کرنے کا اہل ہے، ہمیں اس درخواست میں احاطہ شدہ کچھ مالی معلومات حاصل کرنے کی ضرورت ہے۔ آپ کے تعاون کے ذریعے ہمیں آپ کی مالی امداد کی درخواست کو اہمیت دینے میں مدد فراہم ہوگی۔

براہ کرم مالی امداد کی درخواست مکمل کریں اور مکمل شدہ فارم کو رجسٹریشن کے نمائندہ کو لوٹا دیں؛ یا مکمل شدہ فارم مندرجہ ذیل پتے پر بھیجا جاسکتا ہے:

Patient Account Services
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

سیکشن ا: اجرت

مالی امداد کی درخواست کے سیکشن ا میں، براہ کرم ہر فہرست شدہ شخص کو بطور معاوضہ حاصل ہونے والی رقم ڈالر میں اور آیا یہ معاوضہ گھنٹوں، ہفتہ وار، ماہانہ یا سالانہ حاصل ہوتا ہے ظاہر کریں ۔

سیکشن ب: دیگر ذرائع

مالی امداد کی درخواست کے سیکشن ب کی پہلی خالی جگہ میں، براہ کرم اپنے چیکنگ اکاؤنٹس، بچت اکاؤنٹس، اسٹاکس وغیرہ میں لگائی ہوئی رقم ڈالر میں ظاہر کریں۔ براہ کرم دوسری خالی جگہ میں ان سرمایہ کاری سے حاصل ہونے والی سالانہ آمدنی کی رقم ڈالر میں ظاہر کریں۔ مثال کے طور پر، پہلی خالی جگہ میں کوئی 5,000$ بچت اکاؤنٹ میں ظاہر کرسکتا ہے اور دوسری خالی جگہ میں 250$ بطور سالانہ سود کی آمدنی اس اکاؤنٹ پر ظاہر کر سکتا ہے۔

سیکشن ج: خاندان کے افراد

مالی امداد کی درخواست کے سیکشن ج میں مریض کے گھر کے افراد کی تعداد کی معلومات کی درخواست کی جاتی ہے۔ اس میں خود مریض، مریض کی شریک حیات اور مریض پر انحصار کرنے والے افراد شامل ہونے چاہیے۔ اگر مریض نابالغ ہو، تو براہ کرم مریض، مریض کی والدہ، اور/یا والد اور/یا قانونی سرپرست اور مریض کی والدہ اور/یا والد اور/یا قانونی سرپرست پر انحصار کرنے والے افراد کو شامل کریں۔

سیکشن د: آمدنی کی تصدیق

آپ کی مالی امداد کی درخواست پر غور کرنے کے لیے، مالی امداد کی درخواست کے سیکشن ا میں درج کی گئی اجرت کی تصدیق درکار ہے۔ براہ کرم IRS فارم W-2، اجرت اور ٹیکس کے بیانات؛ تنخواہ چیک ترسیل زر؛ ٹیکس واپسی؛ بینک کا بیان یا آمدنی ظاہر کرنے والے دیگر دستاویز ***یا*** عوامی بھلائی کے پروگرام جیسے سماجی تحفظ، بے روزگاری کے معاوضہ، طبی امداد، کاؤنٹی مسکین کی صحت کے پروگرام، AFDC، بے روزگار کے بیمہ، خوراک نامہ، WIC، ٹیکساس صحت مند بچے، بچوں کی صحت کے بیمہ کے پروگرام، یا مساکین سے متعلقہ ایسے دیگر پروگرام میں شرکت کے ثبوت کی نقل فراہم کریں۔

آپ اپنے آجر کے ذریعے تحریری تصدیق یا SDHP سے اپنے آجر کی بات کروا کر بھی اپنی اجرت کی تصدیق کر سکتے ہیں۔

اگر آپ درج بالا آمدنی کے دستاویز میں سے ایک بھی فراہم کرنے سے قاصر ہیں تو براہ کرم مالی امداد کی درخواست کے سیکشن د میں تحریری وضاحت فراہم کریں۔

طبیب کی خدمات

خدمات فراہم کرنے والے طبیب سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کئیر پارٹنرشپ کے ملازمین نہیں ہیں۔ آپ کو اپنے ذاتی طبیب یا دیگر طبیب جن کی خدمات آپ کو درکار ہے ان کی طرف سے علحدہ بل موصول ہوں گے۔ ان بلوں کے متعلق سوالات کے لیے، یا طبیب کی خدمات کی ادائیگی کے انتظام کے لیے، براہ کرم طبیب کے ذاتی دفتر سے رابطہ قائم کریں۔