سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کئیر پارٹنرشپ مالی امداد کی درخواست

مریض کا نام ____________________ مریض کا اکاؤنٹ نمبر

ٹیلی فون نمبر ____________ سماجی تحفظ کا نمبر ____________ تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال)

☐ ملازم
☐ بے روزگار
آجر (نام، پتہ اور ٹیلی فون نمبر)

شریک حیات کا نام ____________ سماجی تحفظ کا نمبر ____________ تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال)

مریض کے والد (اگر مریض نابالغ ہو) ____________ سماجی تحفظ کا نمبر ____________ تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال)

مریض کی والدہ (اگر مریض نابالغ ہو) ____________ سماجی تحفظ کا نمبر ____________ تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال)

ا. *اجرت:* براہ کرم مندرجہ ذیل سے اپنے گھر کے ہر ایک فرد کی اجرت فراہم کریں۔

		حلقہ ایک			حلقہ ایک
مریض	$____________	گھنٹہ/ ہفتہ/ ماہانہ/ سالانہ	مریض کے والد (اگر مریض نابالغ ہو)	$____________	گھنٹہ/ ہفتہ/ ماہانہ/ سالانہ
شریک حیات	$____________	گھنٹہ/ ہفتہ/ ماہانہ/ سالانہ	مریض کی والدہ (اگر مریض نابالغ ہو)	$____________	گھنٹہ/ہفتہ/ ماہانہ/ سالانہ

ب. *دیگر ذرائع:* براہ کرم دیگر ذرائع سے اپنے پاس دستیاب کل رقم فراہم کریں، بشمول بچت اکاؤنٹس، چیکنگ اکاؤنٹس، اسٹاکس، بانڈز، وغیرہ۔ $ ____________

براہ کرم دیگر ذرائع سے موصول ہونے والی سالانہ رقم فراہم کریں، بشمول سود کی آمدنی، منافع، کرایہ کی آمدنی، وغیرہ۔ $ ____________

ج. *خاندان کے افراد:* براہ کرم مریض کے گھر کے افراد کی تعداد فراہم کریں۔ ____________

د. *آمدنی کی تصدیق:* براہ کرم آپ کی آمدنی کی تصدیق کے لیے درج ذیل دستاویز میں سے کوئی فراہم بھی کریں۔

- IRS فارم W-2
- تنخواہ چیک ترسیل زر
- ٹیکس واپسی
- بینک کے بیانات
- آجر کی تصدیق
- حکومت کے امدادی پروگراموں جیسے خوراک نامہ، CDIC، طبی امداد یا AFDC میں شرکت کا ثبوت
- سماجی تحفظ یا بے روزگاری کے معاوضہ کے تعین کے خطوط
- دیگر، براہ کرم وضاحت کریں

اگر آپ درج بالا آمدنی کے دستاویز میں سے ایک بھی فراہم کرنے سے قاصر ہیں تو براہ کرم وضاحت کریں کہ یہ معلومات کیوں دستیاب نہیں ہے:

____

میں سمجھتا ہوں کہ سینٹ ڈیوڈس ہیلتھ کئیر پارٹنرشپ (SDHP) اس درخواست کی SDHP' تشخیص کے سلسلے میں اس مالی امداد کی درخواست میں درج مالی معلومات کی تصدیق کر سکتا ہے، اور اس طرح یہاں میری دستخط میرے آجر کو اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کرنے کی اجازت دیتی ہے۔ میں SDHP کو کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیوں اور سماجی تحفظ کی انتظامیہ سے رپورٹس کی درخواست کرنے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔ میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ میرے نزدیک یہ معلومات صحیح ہیں اور میں اس بات سے واقف ہوں کہ اس درخواست میں معلومات کی غلط بیانی کے نتیجے میں میرے مالی امداد کی درخواست رد ہو سکتی ہے۔

میں جانتا ہوں کہ کوئی بھی مالی امداد میرے قابل ادائیگی نہ ہونے کی بنیاد پر ہے اور اگر آمدنی کا کوئی نیا ذریعہ دستیاب ہوتا ہے تو SDHP اس کے مالی امداد کی اجازت کو مکمل یا جزوی طور پر ختم کر سکتا ہے۔

____________________ تاریخ ____________________
مریض یا ذمہ دار شریک کی دستخط

____________________ تاریخ ____________________
SDHP کے ملازم کی دستخط اگر مالی
امداد کی درخواست کا کوئی بھی حصہ SDHP کے ملازم کے ذریعے مکمل کیا گیا ہو

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
6000 N.W. Parkway Ste. 124
San Antonio, TX 78249

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۔