

مالی اعانت کی درخواست

سروس کی تاریخ: _____
 اکاؤنٹ نمبر: _____
 سی ایس این: _____
 ہسپتال: _____

مریض یا درخواست دہندہ کا نام: _____
 پتہ: _____
 شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____
 فون: _____ ازدواجی حالت: _____

مالی اعانت کے غور و فکر کے لیے مندرجہ ذیل کو ضرور پورا کیا جانا چاہیے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ اعانت حاصل کرنے سے پہلے غیر بیمہ کردہ مریض ہماری بیمہ کی اہلیت کے فروشنده کے ساتھ ضرور شرکت کریں۔ ہمارے فروشنده کے ساتھ مکمل شدہ درخواست کی وصولیابی اور شرکت کے 90 دنوں کے اندر فیصلہ کیے جائیں گے

نام	مریض کے ساتھ رشتہ	تاریخ پیدائش	خدمت کی تاریخ سے پہلے 3 مہینے میں کل مجموعی آمدنی	خدمت کی تاریخ سے پہلے 12 مہینے میں کل مجموعی آمدنی	آمدنی کے ذریعہ کے آجر کا نام (اگر آپ کالج کے طالب ہیں، تو بیان کریں)
	خود				

- اگر آپ نے کل صفر آمدنی کی اطلاع دی ہے، تو کس طرح سے آپ کی معاونت کی جارہی ہے؟
- آپ اپنی ملاقات کے وقت کس صوبے میں رہتے تھے؟
- کیا آپ نے میڈیکلڈ یا ملک کی کسی دیگر اعانت کے لیے درخواست دی ہے؟
- کیا آپ نے خدمت کی تاریخ کو صحت کا بیمہ حاصل تھا؟
- کیا خدمت کی تاریخ کسی خود کار حادثہ سے تعلق رکھتی تھی؟
- کیا آپ کے گھر کے کسی فرد کے پاس چیکنگ یا سیونگ اکاؤنٹ ہے؟
- کیا آپ کے گھر کے کسی فرد کے پاس کوئی دیگر اثاثہ ہے؟
- کیا آپ کے پاس اپنا یا کرایہ کا گھر ہے؟

ہاں (تاریخ/صوبہ) _____ نہیں

ہاں (اس درخواست کے ساتھ کارڈ کی کاپی فراہم کریں) نہیں

ہاں (بیمہ کا نام/دعویٰ نمبر) _____ نہیں

ہاں (قدر) _____ نہیں

ہاں (قسم/قدر) _____ نہیں

مالک کرایہ دیگر (_____)

مندرجہ بالا آمدنی کے اثاثے کے لیے آپ گھر کے ہر فرد کے لیے مندرجہ ذیل ضرور فراہم کریں:

- براہ کرم وصول کردہ آئٹم پر نشان لگائیں)
- ملازمت = 3 یا 12 مہینے کی آمدنی
- بچہ سے متعلق معاونت = عدالت کے ذریعہ حکم دی گئی دستاویز
- دیگر = مہری دیگر آمدنی کا ثبوت جیسے منافع، سود، کرایہ کی آمدنی
- ذاتی کاروبار = شیڈول سی کے بشمول ٹیکس کی مکمل شکلیں
- چیکنگ / سیونگ = ہر اکاؤنٹ کے لیے حالیہ 30 دن کا گوشوارہ
- پنشن یا معذوری = مراعات کا خط
- سوشل سیکورٹی = مراعات کا خط

تصدیق: اس دستاویز پر دستخط کر کے، میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست پر درج جوابات درست ہیں۔ اگر کسی فرد کی مالی اعانت کی درخواست کا مابعد جائزہ یہ منکشف کرتا ہے کہ فرد کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات یا تو غلط یا فریب آمیز تھی، تو مالی اعانت فراہم کرنے کے فیصلے کو پلٹا جا سکتا ہے اور ذمہ دار فریق کو اس کا بل دیا جائے گا۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں نے جو معلومات پیش کی ہے، اس کی کورینٹ رپورٹنگ ایجنسیز کے بشمول میرے ہسپتال کے فراہم کنندہ کے ذریعہ تصدیق کی جاسکتی ہے، اور اس کا وفاقی اور ریاستی ایجنسیوں اور دیگر لوگ حسب مطالبہ جائزہ لے سکتے ہیں۔

مریض کا دستخط: _____ تاریخ: _____

درخواست دہندہ یا نمائندے کا دستخط: _____ رشتہ: _____ تاریخ: _____
 (اگر مریض نہیں ہے)

مکمل شدہ درخواست اور تحریری ثبوت کو بذریعہ ڈاک مندرجہ ذیل پتہ پر بھیجیں:

بون سیکورس ساؤتھ سائیڈ علاقائی طبی مرکز
 200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805

آخری نظر ثانی: 4/1/2020