

مالی اعانت کی درخواست

سروں کی تاریخ:
اکاؤنٹ نمبر:
سی ایس این:
بیسپیٹال:

مریض یا درخواست دینده کا نام: _____
پته: _____
شهر: _____ زب: _____ ریاست: _____
فون: _____ ازدواجی حالت: _____

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

نام	مریض کے ساتھ رشته	تاریخ پیدائش	خدمت کی تاریخ سے پہلے 3 مہینے میں کل مجموعی آمدنی	خدمت کی تاریخ سے پہلے 12 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

1. اگر آپ نے کل صفر آمدنی کی اطلاع دی ہے، تو کس طرح سے آپ کی معاونت کی جاربی ہے؟

2. آپ اپنی ملاقات کے وقت کس صوبے میں رہتے ہیں؟

() کیا آپ نے میڈیکیڈ یا ملک کی کسی دیگر اعانت کے لیے درخواست دی ہے؟

3. () نہیں پان (تاریخ/صوبہ)

4. کیا آپ نے خدمت کی تاریخ کو صحت کا بیمه حاصل تھا؟

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

5. کیا خدمت کی تاریخ کسی خود کار حادثہ سے تعلق رکھتی تھی؟

() نہیں پان (بیمه کا نام/دعویٰ نمبر)

6. کیا آپ کے گھر کے کسی فرد کے پاس چینگ یا سیونگ اکاؤنٹ ہے؟

() نہیں پان (قدر)

7. کیا آپ کے گھر کے کسی فرد کے پاس کوئی دیگر اٹالہ ہے؟

() نہیں پان (قسم/قدر)

8. کیا آپ کے پاس اپنا یا اکرایہ کا گھر ہے؟

() مالک کرایہ دیگر ()

مندرجہ بالا آمدنی کے اثنائے کے لئے آپ گھر کے ہر فرد کے لئے مندرجہ ذیل ضرور فراہم کریں:

براه کرم وصول کرده آئشم پر نشان لگائیر،

- ملازمت = 3 یا 12 مہینے کی آمدنی
 - بے روگاری = مراعات کا خط
 - سوشنل سیکورٹی = مراعات کا خط
 - پنشن یا ماعزوری = مراعات کا خط
 - ذاتی کاروبار = شیدول سی کے بشمول ٹیکس کی مکمل سکلیں
 - بچہ سے متعلق معاونت = عدالت کے ذریعہ حکم دی گئی دستاویز
 - دیگر = میری دیگر آمدنی کا ثبوت جیسے منافع، سود، کرایہ کی آمدنی
 - چینگنگ / سیونگ = پر اکاؤنٹ کے لیے حالیہ 30 دن کا گوشوارہ

تصدیق: اس دستاویز پر دستخط کر کے، میں تصمیق کرتا ہوں کہ اس درخواست پر درج جوابات درست ہیں۔ اگر کسی فرد کی مالی اعانت کی درخواست کا مابعد جائز یہ منکش کرتا ہے کہ فرد کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات یا تو غلط یا فربی آمیز تھی، تو مالی اعانت کو فیصلہ کرنے کے لیے اور ذمہ دار فریق کو اس کا بدل دیا جائے گا۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں نے جو معلومات پیش کی ہیں، اس کی کیلیٹ ریپورٹنگ اینجنسیز کے بشمول میرے بسپیل کے فرایم کنندہ کے ذریعہ تصدیق کی جاسکتی ہیں، اور اس کا وفاق اور ایسا ریاستی انجمنسیاں اور دیگر لوگ حسب مطالیہ جائز ہے۔ سکتے ہیں۔

مريض کا دستخط: _____ تاریخ: _____

درخواست دینده یا نمائنده کا دستخط:
(اگر مريض نہیں ہے)

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

Bon Secours Mercy Health, P.O. Box 742431

Atlanta GA 30374-2431