

مالی امداد کے لئے رازدارانہ درخواست

وابستہ ڈاکٹروں یا دیگر فراہم کنندگان کے ذریعہ فراہم کی گئی پیشہ ورانہ خدمات کے بل الگ سے دئے جانے چاہئے۔ مالی امداد کے درخواست، امداد فراہم کرنے والوں کی پالیسیوں، طریقہ کار، اور قابل اطلاق ضوابط کے مطابق ان کی صوابدید پر منحصر ہے۔ مریض کی مدد کرنے کے لئے اس درخواست میں فراہم کی گئی معلومات وابستہ فراہم کنندگان کو فراہم کی جانی چاہئے۔ سینٹ الفونسس، ہر فرد کی عزت اور وقار کو ملحوظ رکھتا ہے، وفاقی اور ریاستی قانون کے مطابق عمل کرتا ہے، اور رنگ، نسل، قومیت، عمر، معذوری یا جنس کی بنیاد پر، بشمول محفوظ طبقات کے تفریق نہیں کرتا۔

تاریخ پیدائش			مریض کا نام
پیغاماتی فون	ٹیلیفون	گلی کا پتہ	
سوشل سیکیورٹی نمبر			شہر/ریاست/زپ
ڈاک کا پتہ (اگر مختلف ہو) یا ای میل اگر ترجیح دی جائے			

براہ کرم اپنے، (اگر مریض نہیں تو)، شریک حیات اور اوزیر کفالت افراد کے لئے درج ذیل معلومات فراہم کریں:

نام	سوشل سیکیورٹی نمبر	تاریخ پیدائش	مریض سے رشتہ

برائے مہربانی تمام اکاؤنٹ نمبرات اور/یا مالی امداد کے لئے خدمت کی موقع تاریخوں کی فہرست بنائیں:

مریض کا نام	اکاؤنٹ نمبر	خدمات کی تاریخ	میڈیکل بیلنس

ہیلتھ کیئر مارکیٹ پلیس کا اسٹیٹس

کیا آپ نے انشورنس کیلئے درخواست دی ہے؟	<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	اگر ہاں تو نام / آئی ڈی
اگر ہاں، تو کیا آپ نے اس کے ذریعے درخواست دی ہے:	<input type="checkbox"/> Medicaid - ریاست		

□ ہیلتھ ایکسچینج / Healthcare.gov □ دیگر			
	□ ہاں	□ نہیں	کیا آپ کو انشورنس پلان کے لئے منظوری مل گئی ہے؟
	□ ہاں	□ نہیں	کیا آپ انشورنس پلان کے لئے رجسٹرڈ ہو چکے ہیں اور آپ نے پرمیم ادا کر دیا ہے؟

مالیاتی اثاثے

چیکنگ کھانے کا بیلنس	بینک:	\$
بچت کھانے کا بیلنس	بینک:	\$

ملازمت

ملازم شخص	آجر	مجموعی تنخواہ کی مدت	تنخواہ کی مدت کی تعداد	سالانہ مجموعی تنخواہ
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

آمدنی کی دیگر ذرائع

گزارا	ماہانہ	سالانہ
پبلک اسسٹنس پروگرام	\$	\$
نوعیت _____ (مثلاً نقد، فوڈ سٹمپس، وغیرہ)	\$	\$
ریٹائرمنٹ پلان سے ادائیگی	\$	\$
سوشل سیکورٹی / سوشل سیکورٹی برائے معذوری	\$	\$
بیروزگاری یا ورکرز معاوضہ	\$	\$
(تاریخ آغاز: _____ تاریخ اختتام: _____) فی ہفتہ: _____	\$	\$
دیگر آمدنی (اسٹاک / بانڈ / سالانہ / سود / کرائے پر جائیداد)	\$	\$
دیگر آمدنی (خاندانی، دوستوں، چرچ وغیرہ سے)	\$	\$

آمدن کی تصدیق اور شناخت

اگر ہمیں اضافی معلومات کی ضرورت ہو تو، آپ کو ٹیلیفون، یو ایس میل یا ای میل کے ذریعہ مطلع کر دیا جائے گا۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ تمام معلومات میرے علم کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ مجھے علم ہے کہ فراہم کی گئی معلومات کی تصدیق کی جائیگی اور ان کو ذاتی اور رازدارانہ طور پر استعمال کیا جائے گا۔ میں کسی بھی یا تمام معلومات کو فیملی اینڈ چلڈرن سروسز ایڈاہو ڈویژن یا اوریجن ڈیپارٹمنٹ آف ہیومن سروسز سے جاری کئے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ مجھے علم ہے کہ اگر قابل اطلاق ہو تو مجھے آمدنی کی تصدیق، اخراجات، زیر کفالت افراد کی تفصیلات، بینک اسٹیٹمنٹس، تنخواہ کی رسیدیں، اور ٹیکس اسٹیٹمنٹس فراہم کرنی ہوں گی۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ اگر مندرجہ بالا معلومات غلط بیانی ثابت ہوتی ہیں تو میں سینٹ الفونسس کی طرف سے فراہم کی گئی خدمات کی ادائیگی کرنے کے لئے ذمہ دار ہوں گا۔ میں جانتا ہوں میں صرف سینٹ الفونسس سے ہی مالی امداد کے لئے درخواست کر رہا ہوں اور دیگر صحت عامہ فراہم کرنے والوں یا ڈاکٹرز سے نہیں کر رہا۔

دستخط:

تاریخ:

شریک حیات کے دستخط (اگر قابل اطلاق ہو)

تاریخ: