

اہم: آپ مفت یا رعایتی نگہداشت حاصل کر سکتے ہیں: اس درخواست کو مکمل کرنے سے AdventHealth کو یہ طے کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا آپ مفت یا رعایتی خدمات یا دیگر ایسے پروگرام حاصل کر سکتے ہیں یا نہیں جو آپ کی صحت کی نگہداشت کی ادائیگی میں مدد کر سکتے ہیں۔ براہ مہربانی اس درخواست کو کور لیٹر پر درج پتے پر ارسال کریں۔

اگر آپ کے پاس بیمہ نہ ہو تو مفت یا رعایتی نگہداشت کی اہلیت کے لئے سوشل سیکورٹی نمبر درکار نہیں ہے۔ تاہم Medicaid سمیت کئی سرکاری پروگراموں کے لئے سوشل سیکورٹی نمبر درکار ہے۔ سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کرنا ضروری نہیں ہے لیکن یہ AdventHealth کے لیے اس بات کے تعین میں معاون ہوگا کہ آیا آپ کسی عوامی پروگرام کے اہل ہیں یا نہیں۔ درخواست میں "اختیاری" کے طور پر نشان زدہ کسی بھی سوالات کے جواب دینے (یا جواب نہ دینے سے) درخواست کے نتیجے پر کوئی بھی اثر نہیں پڑے گا۔

براہ مہربانی خدمت حاصل کرنے کی تاریخ کے بعد مفت نگہداشت یا نگہداشت کے اخراجات میں رعایت حاصل کرنے کے لئے جتنی جلدی ممکن ہو یہ فارم مکمل کر کے اسے AdventHealth کو خود سے، یا ڈاک، الیکٹرانک میل، یا فیکس کے ذریعے ارسال کریں۔ ہم آپ کی نگہداشت کی پہلی بل کے جاری ہونے کے 240 روز کے اندر یہ درخواست قبول کریں گے۔ یہ درخواست جمع کر کے آپ اعتراف کرتے ہیں کہ آپ نے درخواست میں تمام مطلوبہ معلومات فراہم کرنے کی نیک نیتی کے ساتھ کوشش کی ہے تاکہ یہ طے کرنے میں AdventHealth کی مدد کر سکیں کہ آیا مریض مالی معاونت کا اہل ہے یا نہیں۔ اگر آپ کے پاس درخواست کے عمل کے تعلق سے کوئی سوالات ہوں، تو آپ اپنے سوالات یا خدشات کے بارے میں 844-652-0600 پر AdventHealth کے مالی مشاورت کے شعبہ سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

بغیر بیمہ والے مریض کی رعایت کی درخواست کے عمل یا اسپتال کی مالی معاونت کے عمل کے بارے میں شکایات یا خدشات کو Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (الینوائے اٹارنی جنرل کے ہیلتھ کیئر بیورو) میں رپورٹ کیا جا سکتا ہے۔ ہیلتھ کیئر بیورو کی ٹول فری ہاٹ لائن (TTY 1-800-964-3013) (1-877-305-5145) ہے۔

مریض کی معلومات

(براہ مہربانی علیحدہ حروف میں لکھیں اور تمام خانے پر کریں۔ درخواست کی کسی بھی علیحدہ لائن پر قابل اطلاق نہ ہونے پر لاگو نہیں لکھیں)

تاریخ _____ اکاؤنٹ نمبر _____

نام (پہلا اور آخری) _____

تاریخ پیدائش _____ ازدواجی حیثیت _____ فون نمبر _____

اختیاری - جنسی شناخت - آپ خود کو کیا مانتے ہیں: مرد عورت مخنث مرد/بین جنسی مرد/عورت سے مرد (FTM)

مخنث عورت/بین جنسی عورت/مرد سے عورت (MTF) جینڈر کونیر/جنسی عدم مطابقت خاص طور پر نہ مرد اور نہ ہی عورت

اضافی جنسی زمرہ (یا دیگر)

اختیاری - جنسی شناخت: آپ کے پیدائش کے سرٹیفکیٹ میں اصلا کون سی جنس درج تھی؟ مرد عورت

اختیاری - نسل: سفید فام سیاہ فام یا افریقی امریکی امریکی ہندوستانی یا الاسکا کا باشندہ ایشیائی ہندوستانی چینی فلپینو جاپانی کوریائی ویتنامی

دیگر ایشیائی جزائر ہوائی کا باشندہ گوامانین یا چمورو جزیرہ ساموا کا باشندہ دیگر پیسیفک جزیرہ کا باشندہ

اختیاری - نسلی اصلیت: ہسپانوی، لاطینی، یا ہسپانوی نژاد میکسیکن، میکسیکن امریکی، چکانو پورٹو ریکن

کیوبائی دیگر ہسپانوی، لاطینی یا ہسپانوی نژاد

اختیاری - زبان - کیا آپ گھر پر انگریزی کے علاوہ دوسری زبان بولتے ہیں؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو کون سی زبان؟ _____

ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

اختیاری - سوشل سیکورٹی نمبر _____

آجر _____ ملازمت کی کیفیت _____

آجر کا فون نمبر _____

ذمہ دار فریق کی معلومات/قانونی سرپرست کی معلومات

(اگر مذکورہ بالا مریض اور ذمہ دار فریق ایک ہی ہوں تو اس حصے کو خالی چھوڑ دیں۔)

نام (پہلا اور آخری) _____

تاریخ پیدائش _____ ازدواجی حیثیت _____ فون نمبر _____

ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ ملازمت کی کیفیت _____

ذمہ دار فریق کے شریک حیات کی معلومات

(اگر مریض اور ذمہ دار فریق ایک ہی ہوں تو مریض کے شریک حیات کی معلومات پر کریں۔)

نام (پہلا اور آخری) _____

تاریخ پیدائش _____ ازدواجی حیثیت _____ فون نمبر _____

ڈاک کا پتہ _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری) _____

آجر _____ ملازمت کی کیفیت _____

آجر کا فون نمبر _____

ذمہ دار فریق کے لواحقین

(اگر مریض اور ذمہ دار فریق ایک ہی ہوں تو مریض کے شریک حیات کی معلومات پر کریں۔)

نام _____ تاریخ پیدائش _____ ذمہ دار فریق کے ساتھ رشتہ _____

نام _____ تاریخ پیدائش _____ ذمہ دار فریق کے ساتھ رشتہ _____

نام _____ تاریخ پیدائش _____ ذمہ دار فریق کے ساتھ رشتہ _____

نام _____ تاریخ پیدائش _____ ذمہ دار فریق کے ساتھ رشتہ _____

گھر میں رہنے والے بالغ افراد اور بچوں کی تعداد _____

ماہانہ آمدنی

(نیچے درج ہر آئٹم کے لئے ڈالر میں رقم درج کریں۔ ہر ایک کے لئے ماہانہ رقم درج کریں۔)

درخواست دہندہ کی کمائی ہوئی آمدنی _____ حاصل ہونے والی بچے کی مدد _____

درخواست دہندہ کے شریک حیات کی آمدنی _____ حاصل ہونے والا نان نفقہ _____

سیکورٹی کے فوائد _____ کرایہ کی جانیداد سے آمدنی _____

پنشن/ریٹائرمنٹ کی آمدنی _____ معذوری _____

کی آمدنی _____ ہے _____

روزگاری کا معاوضہ _____ ملازمین _____

کا معاوضہ _____

سود/منافع کی آمدنی _____ کل مجموعی ماہانہ آمدنی \$ _____

ماہانہ اخراجات

AdventHealth کی مالی معاونت کی پالیسی میں کی گئی وضاحت کے مطابق جو مریض ممکنہ طور پر مالی معاونت کے اہل ہیں انہیں اس سیکشن کو مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

ریز/اگرایہ	بچے کی مدد/نان نفقہ
یوٹیلیٹی	کارڈ
فون (لانن)	ڈاکٹر/اسپتال کے بل
فون	کار/آٹو
سامان/کھانا	کریانہ
کیبل/انٹرنیٹ/سیٹلائٹ ٹی وی	گھر/جائیداد کا بیمہ
ادائیگی	میڈیکل/صحت کا بیمہ
کی نگہداشت	بیمہ
	دیگر
	ماہانہ اخراجات
	مجموعی
	ماہانہ اخراجات \$

اٹائے جات

نقد/بچت/چیکنگ اکاؤنٹس				
اسٹاکس/بائڈرز/سرماہ کاری/CD				
دیگر	ریئل	اسٹیٹ/ٹائوی	رہائش	
کشتی/RV/موٹر سائیکل/تفریحی گاڑی				
کلیکٹر آٹو موبائلز/غیر ضروری آٹو موبائلز				
صحت	بچت/لچکدار	اسپیڈنگ	اکاؤنٹ	گاڑی

میں ADVENTHEALTH کو بیرونی کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیوں سے معلومات حاصل کرنے کی اجازت دینا/دیتی ہوں۔ میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست میں شامل معلومات میرے علم کے مطابق حقیقی اور درست ہے۔ میں اپنی طبی بلز کی ادائیگی میں معاونت کے لئے کسی بھی ایسی ریاستی، وفاقی یا مقامی معاونت کی درخواست دوں گا/گی جس کی میں اہلیت رکھتا/رکھتی ہوں۔ میں یہ بات سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ADVENTHEALTH کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کی جا سکتی ہے اور میں ADVENTHEALTH کو اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کی درستگی کی تصدیق کرنے کے لئے تیسرے فریقین سے رابطہ کرنے کی اجازت دینا/دیتی ہوں۔ میں یہ بات سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس درخواست میں غلط معلومات فراہم کرنے کی صورت میں، میں مالی معاونت کے لئے نابل ہو جاؤں گا/گی، مجھے فراہم کردہ مالی معاونت منسوخ کی جا سکتی ہے، اور بل کی ادائیگی کی ذمہ داری مجھ پر عائد ہوگی۔

درخواست دہندہ کا دستخط

تاریخ

تبصرے

معاونت کے لئے خط

_____ مریض کا طبی ریکارڈ نمبر/اکاؤنٹ نمبر

_____ معاونت دہندہ کا نام

_____ مریض/درخواست دہندہ کے ساتھ رشتہ

_____ معاونت کنندہ کا پتہ

AdventHealth: بطرف

یہ خط یہ بتانے کے لیے ہے کہ (مریض کا نام) _____ کو کوئی آمدنی نہیں ملتی ہے یا نہ کے برابر ملتی ہے اور میں اس کے رہائشی اخراجات میں مدد کر رہا ہوں۔ اس/ان کا مجھ پر کچھ سے لے کر کوئی ذمہ داری نہیں ہے۔

اس بیان پر دستخط کرنے کا مطلب ہے کہ میں اس بات کا اعتراف کرتا/کرتی ہوں کہ فراہم کردہ معلومات میرے علم کے مطابق درست ہیں۔

_____ معاون کا دستخط

_____ تاریخ

محترم مریض/درخواست دہندہ،

AdventHealth احساس ہمدردی کی بنیاد پر ہر کسی کو - خاص طور پر سب سے زیادہ ضرورت مند افراد کو - ذاتی نگہداشت کی فراہمی کے لئے کوشاں ہے۔ ہمارے مریضوں کو مالی امداد پیش کرنا ہمارا نصب العین ہے اور ہمارے لیے باعث فخر بھی ہے۔ مالی معاونت صرف ایمرجنسی اور طبی طور پر ضروری دیگر نگہداشت کے لیے دستیاب ہے۔ اپنی نگہداشت صحت کی ضرورتوں کے لیے اپنی اور اپنی فیملی کی دیکھ بھال کرنے کے لیے ہم پر اعتماد کرنے کے لیے آپ کا شکریہ۔

ہمیں آپ کی درخواست موصول ہوئی تھی، لہذا ہم آپ کو یہ خط اور منسلکہ مالی معاونت کی درخواست ارسال کر رہے ہیں۔ اگر آپ نے اس کی درخواست نہیں کی ہو تو براہ مہربانی اسے نظر انداز کر دیں۔ براہ مہربانی دونوں طرف کو پر کریں اور دستخط اور تاریخ شامل کرنے کے بعد اسے ہمیں واپس ارسال کریں۔ اگر آپ نے پچھلے چھ ماہ کے دوران درخواست ارسال کی ہو اور اسے منظور کر لیا گیا ہو تو ہمیں مطلع کریں۔ ممکن ہے کہ آپ کو نئی درخواست پر کرنے کی ضرورت نہ پیش آئے۔ ہم چھ ماہ سے زیادہ پرانی درخواست پر غور نہیں کریں گے۔

براہ مہربانی درخواست کے ساتھ آمدنی کے ثبوت کے طور پر مندرجہ ذیل میں سے کم از کم ایک دستاویز کی نقل فراہم کریں۔ اگر آپ شادی شدہ ہیں یا اپنے شریک حیات کے ساتھ 6 مہینے سے زیادہ عرصے سے رہ رہے ہوں تو درخواست کی پراسیسنگ سے پہلے اپنی آمدنی کے ثبوت کے طور پر انہیں بھی مندرجہ ذیل میں سے کم از کم ایک دستاویز کی نقل فراہم کرنے کی ضرورت ہوگی۔

- آجر سے پچھلی 3 سیلری سلپس
- حالیہ ترین ٹیکس ریٹرن کی نقل (خود کے لئے کام کرنے کی صورت میں، تمام شیڈول شامل کریں)
- سوشل سیکورٹی اور/یا پنشن ریٹائرمنٹ کے عطیے کا خط
- درخواست دہندہ کی عمر 25 سال سے کم ہونے اور اپنے والدین یا سرپرست کے ٹیکس فارمز میں بطور دست نگر درج ہونے کی صورت میں ان کا حالیہ ترین سالانہ ٹیکس ریٹرن
- آمدنی کی تصدیق کے لئے دیگر دستاویزات
- پچھلے 3 ماہ کے بینک سٹیٹمنٹس کی نقلیں
- بے روزگاری کی مراعات کی رسید کی نقل

اگر آپ کے خاندان کا کوئی فرد یا آپ کا کوئی دوست آپ کی مالی طور پر امداد کر رہے ہوں یا اگر آپ کے ساتھ ان کے گھر میں رہتے ہوں تو براہ مہربانی ان سے "معاونت کا خط" نامی منسلکہ فارم پر کروائیں۔ اس سے آپ کی طبی بلز کی ذمہ داری ان پر عائد نہیں ہوگی۔ اس سے ہمیں معلوم ہوگا کہ آپ اپنے اخراجات کس طرح برداشت کرنے کے اہل ہیں۔ اگر آپ کے خاندان سے تعلق رکھنے والے افراد اور دوست آپ کی مالی طور پر امداد نہیں کر رہے ہوں تو آپ کو معاونت کے خط کا فارم پر کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

براہ مہربانی آخر میں اپنے واجب الادا ماہانہ طبی اور ادویات کے اخراجات کے ثبوت کے طور پر دستاویزات بھی فراہم کریں۔

براہ مہربانی جان لیں کہ درخواست پر غور کیے جانے کے لیے آمدنی کے ثبوت کے ساتھ مکمل شدہ درخواست موصول ہونی ضروری ہے۔ ہم نامکمل درخواستوں پر کارروائی کرنے یا ان پر غور کرنے سے قاصر ہیں۔

براہ مہربانی یاد رکھیں کہ انٹرنیٹ پر ای میل کے ذریعے کی گئی مواصلات محفوظ نہیں ہوتی ہیں۔ اگرچہ اس بات کا امکان بہت کم ہے، لیکن ممکن ہے کہ ای میل میں شامل کردہ معلومات تک غیرمجاز رسائی حاصل کرنے کی کوشش کی جائے اور اسے دوسرے فریقین پڑھنے میں کامیاب ہوجائیں۔

ہم آپ کی ذاتی معلومات کی حفاظت اور اس کے تحفظ کو یقینی بنانا چاہتے ہیں۔ چونکہ درخواست میں آپ کا سوشل سیکورٹی نمبر اور دیگر نجی معلومات شامل ہوں گے، اسی لیے ہم آپ کو تلقین کرتے ہیں کہ اسے بذریعہ ای میل ارسال نہ کریں۔

براہ مہربانی مکمل شدہ درخواست کو مندرجہ ذیل پتے پر پرنٹ کر کے ڈاک سے بھیجیں:

AdventHealth PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

اگر اس درخواست کے بارے میں آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو براہ مہربانی ہمارے کسی مریض کے نمائندے کو 888-693-2252 پر کال کریں۔

مخلص،

مریض کی مالی خدمات
AdventHealth