

## مالی اعانت کی درخواست

## مریض کا نام

آپ مفت یا رعایتی نگداشت موصول کرنے کے اکی ابل یو سکتے سکتی ہیں۔  
بے دل خواست مکمل کر کے اس، امر کا تعین کرنے میں، کے آبا آب یا سکتے سکتے ہیں: Northwestern Memorial HealthCare (NMHC)

- مفت یا رعایتی خدمات:
  - بیگر ایسے عوامی پروگرام جو آپ کی نگہداشت صحت کے لیے ادائیگی کرنے میں مدد کر سکتے ہیں

اگر آپ کے پاس صحت بیمہ نہیں ہے: آپ کو مفت یا رعایتی نگداشت پانے کے لیے سوشن سیکیورٹی نمبر کی ضرورت نہیں ہے۔ سوشن سیکیورٹی نمبر کچھ عوامی پروگراموں، بشمول Medicaid کے لیے مطلوب ہوتا ہے۔ آپ سے سوشن سیکیورٹی نمبر فراہم کرنے کا تقاضا نہیں کیا جاتا ہے، لیکن ایسا کرنے سے NMHC کو یہ تعین کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا آپ کسی عوامی پروگرام کے لیے اپل بیس۔

بے فارم مکمل کریں اور اسے بذات خود یا بذریعہ ڈاک، ای میل یا فیکس تمام مطلوبہ تائیدی دستاویزات کے ساتھ جمع کرائیں۔ آپ کو ایک مکمل درخواست اور تائیدی دستاویزات آپ کو ٹسچارج کیر جانے یا آٹ پیشن نگداشت موصول کرنے کے بعد 240 دنوں کے اندر جمع کرانا ضروری ہے۔

آپ تسلیم کرتے اکرتی بیس کے آپ نے ڈسچارج ہونے کی تاریخ یا اوٹ پیشنٹ نگہداشت آپ کو موصول ہونے کی تاریخ کے بعد 240 دنوں کے اندر مفت یا راعیتی نگہداشت کے واسطے درخواست دینے کے لیے نیک نیتی کے ساتھ کوشش کی۔ آپ تسلیم کرتے اکرتی بیس کے آپ نے اس امر کا تعین کرنے میں کم آیا آپ مالی اعانت کے لیے اپل قرار یاتریاپی بیس NMHC کی مدد کرنے کے لیے اس درخواست کی گزارشات میں درج تمام معلومات دینے کی آپ نے مخلصانہ کوشش کی ہے۔

اگر آپ کے پاس صحت یہم تیکیں ہے اور مخصوص معیار پورا کرتے ہیں: آپ کو یہ فارم مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

□ اپ کو بے گھری کا سامنا یو ریا ہے۔

- خواتین، شیر خوار اور بچوں کے لیے تغذیہ پروگرام (Women, Infants and Children Nutrition Program WIC)
- مريض کی وفات یوں گئی ہے، نیز کوئی شریک حیات چاہیگر نہیں ہے۔
- آب خود اینے فصل کرنے سے قادر ہیں (ذینبی عدم استعداد) اور آب کے

□ تکمیلاتی تغذیاتی اعانت پروگرام (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) کے لئے ایسا سیستم ہے جو اپنے مددگاری کے لیے کوئی نہیں ہے۔

□ آپ Medicaid کے لیے اہل بیس لیکن خدمت کی کوئی تاریخ کو نہیں۔ (Program, SNAP

## □ البنائية کا مفت لنج اور ناشتہ پروگرام

□ **لينوائے کا گھریلو توانائی میں اعانت پروگرام (Assistance Program, LIHEAP)**

آپ کی معلومات				
نام				
سوشل سیکیورٹی نمبر				
تاریخ پیدائش				
زب کوڈ	ریاست	شہر	گھر کا پتہ	
ای میل		سیل فون نمبر		گھر کا فون نمبر
سالانہ گھریلو آمدنی		کا ترجیحی طریقہ		
امeriکی ڈاک		ای میل		
اپ کے گھر انے میں لوگوں کی تعداد (جیسا آپ کے ٹیکسون پر رپورٹ کی گئی ہے):		گھر کا فون سیل فون		
ازدواجی حیثیت		ملازamt کی حیثیت		
شادی شدہ		تنہا		
آج کا نام				
فون نمبر				
آپ کا آجر صحت بیم پیش نہیں کرتا ہے۔	اس صحت بیم منصوبے کا نام جو آپ کا آجر پیش کرتا ہے، بشمول COBRA			
زب کوڈ	ریاست	شہر	اجر کا پتہ	

## مالی اعانت کی درخواست

MRN

مریض کا نام

### بیمه کوئی

کیا آپ کسی صحت بیمه پالیسی کے ذریعے محیط یا اس کے لیے اپنے بیم، بشمول:

- بین الاقوامی سفر میں صحت کا بیم
- صحت بیمه مارکیٹ پلیس کے منصوبے
- سابق فوجیوں کی مراعات

Medicaid •

Medicare •

پان  نہیں

اگر آپ نے بان میں جواب دیا تو، براہ کرم درج ذیل معلومات دیں:

پالیسی نمبر	بیمه دہنہ	منصوبہ خریدنے والے شخص کا نام (پالیسی بردار):
پالیسی نمبر	بیمه دہنہ	منصوبہ خریدنے والے شخص کا نام (پالیسی بردار):

### شریک حیات، پارٹنر، والدین یا ضامن (جب قابل اطلاق ہو)

نام	<input type="checkbox"/> شریک حیات <input type="checkbox"/> پارٹنر <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> ضامن <input type="checkbox"/> دیگر	رشنہ
سوشل سیکیورٹی نمبر	تاریخ پیدائش	
ملازمت کی حیثیت	<input type="checkbox"/> بے روزگار (وہ آخری تاریخ شامل کریں جب کام کیا)	<input type="checkbox"/> بر سر ملازمت <input type="checkbox"/> خود کا روزگار <input type="checkbox"/> سبکدوش <input type="checkbox"/> معذور
اجر کا نام	فون نمبر	
اجر کا پتہ	زپ کوڈ	ریاست
اس صحت بیمه منصوبے کا نام جو اجر پیش کرتا ہے، بشمول COBRA	<input type="checkbox"/> اجر صحت بیمه پیش نہیں کرتا ہے	شہر

## مالی اعانت کی درخواست

MRN

مریض کا نام

### سوالنامہ

سوالنامہ	
<p>1. کیا آپ اپنی نگہداشت موصول کرتے وقت الینوائے میں رہتے ہیں؟ <input type="checkbox"/> بارے نہیں <input type="checkbox"/> بارے ہیں</p> <p>2. کیا آپ امریکی ویزا پر الینوائے میں رہنے والے غیر ملکی شہری ہیں (امریکی شہری نہیں ہیں)؟ <input type="checkbox"/> بارے نہیں <input type="checkbox"/> بارے ہیں</p> <p>A. اگر بارے نہیں تو، کس قسم کا ویزا ہے؟</p> <p>3. بمارے بنگامی مہمکہ میں آپ نے جو نگہداشت موصول کی اس کے لیے کیا آپ کو مالی مدد چاہیے؟ <input type="checkbox"/> بارے نہیں <input type="checkbox"/> بارے ہیں</p> <p>4. اگر آپ مطلقہ یا خلیع یافتہ ہیں: کیا آپ کا/کی سابق شریک حیات/پارٹنر تحلیل یا عینہ کے مطابق طبی نگہداشت <input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق <input type="checkbox"/> بارے نہیں <input type="checkbox"/> بارے ہیں</p> <p>کے لیے مالی لحاظ سے نہہ دار ہے؟</p> <p>5. کیا آپ کی نگہداشت کا تعلق دج ذیل میں سے کسی سے تھا؟ <input type="checkbox"/> حادثہ <input type="checkbox"/> جرم <input type="checkbox"/> جائز کار میں ضرر <input type="checkbox"/> دیگر</p> <p>6. کیا آپ نے کوئی اثارنی بحال کیا ہے یا آپ اپنے ضرر یا بیماری کے لیے دعوی دائر کر رہے/اربی ہیں؟ <input type="checkbox"/> بارے نہیں <input type="checkbox"/> بارے ہیں</p> <p>A. اگر آپ نے بارے نہیں تو، براہ کرم فراہم کریں:</p>	
اثارنی کا فون نمبر	
<p>7. کیا آپ پہلے ہی Medicaid کے لیے درخواست دے چکے/چکی ہیں؟ ہم آپ سے تقاضا کر سکتے ہیں. <input type="checkbox"/> بارے نہیں <input type="checkbox"/> بارے ہیں</p> <p>A. اگر آپ نے بارے نہیں تو، براہ کرم وہ سیبھی نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں.</p>	
<p><input type="checkbox"/> آپ کی عمر 19 سال یا اس سے کم ہے. <input type="checkbox"/> آپ کی عمر 65 سال یا اس سے اوپر ہے.</p> <p><input type="checkbox"/> آپ معدور ہیں، جیسا کہ سوشل سیکورٹی ایمینسٹریشن نے تعین کیا ہے. <input type="checkbox"/> آپ ذیابیطس، فشار خون یا غشی کے درورون کا نظم کرنے کے لیے دوالے رہے/اربی ہیں.</p> <p><input type="checkbox"/> آپ کے پاس آپ کے ساتھ رہنے والے 19 سال سے چھوٹے بچے ہیں.</p>	

### اثاثہ

<p>1. پر اپرٹی: براہ کرم اپنی زیر ملکیت کسی ایسی عمارت یا اراضی کے بارے میں معلومات دیں جو آپ کے قیام کی اصل جگہ نہیں ہے۔</p> <p>A. تمام عمارتوں اور اراضی کی مالیت منہا پر اپرٹی پر آپ پر واجب رقم کتنی ہے؟ <input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق</p> <p>A. کیا یہ پر اپرٹی پسے کمانے کے لیے استعمال ہوتی ہے؟ <input type="checkbox"/> بارے نہیں <input type="checkbox"/> بارے ہیں</p> <p>B. اراضی کی مالیت (مارتوں کے بغیر) منہا پر اپرٹی پر آپ پر واجب رقم کتنی ہے؟ <input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق</p> <p>A. کیا یہ پر اپرٹی پسے کمانے کے لیے استعمال ہوتی ہے؟ <input type="checkbox"/> بارے نہیں <input type="checkbox"/> بارے ہیں</p>	
<p>2. بینک کھاتے اور سرمایہ کاریا: براہ کرم درج ذیل بر ایک میں کل رقم درج کریں.</p> <p>A. چیکنگ اکاؤنٹس، سیوننگ اکاؤنٹس اور کریٹ یونین اکاؤنٹ: \$ <input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق</p> <p>B. دیگر سرمایہ کاریا، جیسے بانٹن اور استکس. کسی قسم کا ریٹائرمنٹ اکاؤنٹ شامل نہ کریں. \$ <input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق</p>	

- اس سخن کر کر، میں اتفاق کرنا/کرتی ہوں کہ:
- اس بارے کی ادائیگی میں مدد کے لیے میں جس کسی ریاستی، وفاقی یا مقامی اعانت کے لیے اب ہو سکتا/سکتی ہوں اس کے لیے میں درخواست دوں گا۔
- اس درخواست میں درج معلومات میرے بہترین علم و یقین کے مطابق صحیح اور درست ہیں۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ NMHC ان معلومات کی تصدیق کر سکتا ہے۔
- NMHC اس درخواست میں میری فراہم کردہ معلومات کو چیک کرنے کے لیے فریقین ثالث سے رابطہ کر سکتا ہے۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میں جان بوجہ کر جھوٹی معلومات فراہم کرنا/کرتی ہوں، اگر درخواست میں کوئی نمایاں غلطی ہو، یا اگر کوئی نمایاں چیز چھوڑ دی گئی تھی تو:

- میں مالی اعانت کے لیے اب نہیں ہوں گا۔
- مجھے دی گئی کوئی بھی مالی اعانت و اپس کر دی جائے گی۔
- میں بل کی ادائیگی کا/کی نہہ دار ہوں۔

وقت  درخواست بندہ کے دستخط  تاریخ  
وقت  تاریخ  درخواست بندہ کے دستخط

شریک حیات/پارٹنر/والدین/ضامن (ایک پر دائیرہ بنائیں) دستخط (جب قابل اطلاق ہو)

براہ کرم مکمل کردہ درخواست اور کوئی تائیدی مستاویزات اس پتے پر واپس بھیجنیں:

**Northwestern Memorial HealthCare**

بملاحظہ: Financial Counseling

675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

فون: 800.423.0523 یا 312.926.6906

فیکس: 312.694.0447

finapps@nm.org

## مالی اعانت کی درخواست

MRN

مریض کا نام

### مالی اعانت کے لیے مطلوب تائیدی دستاویزات

اگر آپ تمام مطلوبہ معلومات شامل نہیں کرتے/کرتی ہیں تو، آپ کی درخواست مؤخر ہو جائے گی یا مسترد کر دی جائے گی۔ اگر آپ مطلوبہ دستاویز فراہم نہیں کر سکتے/سکتی تو، وجہ کی وضاحت کرتے ہوئے ایک خط فرایم کریں۔

#### مطلوبہ دستاویزات

- آپ کے بالکل حالیہ وفاqi ٹیکس ریٹرن اور W-2 فارم IRS 4506 کے ٹرانسکرپٹ کے لیے درخواست کی کاپی۔
- حکومت سے جاری شدہ درست باتصویر ID کی کاپی، جیسے آپ کا ڈرائیونگ لائنسس یا پاسپورٹ
- ان دستاویزات میں سے کم از کم ایک:
  - الینوائے سے جاری شدہ ایک درست باتصویر ID یا ڈرائیونگ لائنسس کی کاپی
  - الینوائے کے پنے والا حالیہ یوٹیلٹی بل
  - الینوائے کے آپ کے ووٹر رجسٹریشن کی کاپی
  - حکومت یا دیگر قابل اعتبار ماذہ سے آپ کے حالیہ پنے پر بھی گئی ڈاک
  - بے گھروں کی پناہ گاہ کی طرف سے خط
- ذیل میں مندرج وہ تمام دستاویزات جو آپ پر لاگو ہوتے ہیں:
  - آپ کے دو بالکل حالیہ بے روزگاری کے چیک یا پرچیوں کی کاپیاں
  - آپ کے دو بالکل حالیہ آجر کے چیک یا پرچیوں کی کاپیاں
  - آپ کے دو بالکل حالیہ سوشل سیکیورٹی چیک یا پرچیوں کی کاپیاں
- تمام چیکنگ، سیونگز اور کریٹ یونین اکاؤنٹس کے لیے آپ کے دو بالکل حالیہ گوشوارے۔
- مکمل کردہ اور دستخط شدہ درخواست

#### دیگر دستاویزات

- اگر آپ نے پچھلے سال کے لیے ٹیکس ریٹرن جمع نہیں کرایا ہے یا اگر آپ کا نفقہ، کاروبار، ریٹائرمنٹ یا پنشن سے ہونے والی آمدنی پچھلے سال سے مختلف ہوگی: ذیل کی غیر اجرت والی دستاویزات فراہم کریں جو آپ پر لاگو ہوتا ہے۔
  - نفقہ سے ہونے والی آمدنی کا گوشوارہ
  - بزنس سے ہونے والی آمدنی کا گوشوارہ
  - ریٹائرمنٹ یا پنشن سے ہونے والی آمدنی کا گوشوارہ
- اگر آپ شادی شدہ ہیں یا سول یونین میں ہیں: اپنے شریک حیات یا پارٹنر کے لیے لاگو ہونے والی دستاویزات فراہم کریں۔
  - آمدنی اور بغیر آمدنی والی اجرت کا ثبوت (جیسا اوپر بیان کیا گیا ہے)
  - وفاqi ٹیکس ریٹرن
- W-2 فارم IRS 4506 کے ٹرانسکرپٹ کے لیے درخواست
- تمام چیکنگ، سیونگز اور کریٹ یونین اکاؤنٹس کے لیے بالکل حالیہ گوشوارہ۔
- اگر آپ غیر ملک شہری ہیں (امریکی شہری نہیں ہیں):
  - اپنے پاسپورٹ اور امریکی ویزا کی کاپی جمع کرائیں۔