

## مالی اعانت کی درخواست

MRN

مریض کا نام

آپ مفت یا رعایتی نگہداشت موصول کرنے کے لیے اہل ہو سکتے/سکتی ہیں۔

یہ درخواست مکمل کر کے اس امر کا تعین کرنے میں Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) کی مدد کریں کہ آیا آپ پا سکتے/سکتی ہیں:

- مفت یا رعایتی خدمات:
- دیگر 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 نگہداشت پانے کے لیے سوشل سیکیورٹی نمبر کی ضرورت نہیں ہے۔

سوشل سیکیورٹی نمبر کچھ عوامی پروگراموں، بشمول Medicaid کے لیے مطلوب ہوتا ہے۔ آپ سے سوشل 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 اہل ہیں۔

یہ 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 ڈسچارج کیے جانے یا آؤٹ پشمنٹ نگہداشت موصول کرنے کے بعد 240 دنوں کے اندر جمع کرانا ضروری ہے۔

آپ تسلیم کرتے/کرتی ہیں کہ آپ نے ڈسچارج ہونے کی تاریخ یا آؤٹ پشمنٹ نگہداشت آپ کو موصول ہونے کی تاریخ کے بعد 240 دنوں کے اندر مفت یا رعایتی نگہداشت کے واسطے درخواست دینے کے لیے نیک نیتی کے ساتھ کوشش کی۔ آپ تسلیم کرتے/کرتی ہیں کہ آپ نے اس امر کا تعین کرنے میں کہ آیا آپ مالی اعانت کے لیے اہل قرار پاتے/پاپی ہیں 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 بیمہ نہیں ہے اور مخصوص معیار پورا کرتے ہیں: آپ کو یہ فارم مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

ان میں سے جس پروگرام میں بھی آپ مندرج ہیں اسے منتخب کریں۔

خواتین، شیر خوار اور بچوں کے لیے تغذیہ پروگرام (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)

تکملاتی تغذیاتی اعانت پروگرام (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

الینوائے کا مفت لنچ اور ناشتہ پروگرام

الینوائے کا گھریلو توانائی میں اعانت پروگرام (Illinois Home Energy Assistance Program, LIHEAP)

آپ کو بے گھری کا سامنا ہو رہا ہے۔

مریض کی وفات ہو گئی ہے، نیز کوئی شریک حیات/جاگیر نہیں ہے۔

آپ خود اپنے فیصلے کرنے سے قاصر ہیں (ذہنی عدم استعداد) اور آپ کی جانب سے کام کرنے کے لیے کوئی نہیں ہے۔

آپ Medicaid کے لیے اہل ہیں لیکن خدمت کی کوئی تاریخ کو نہیں۔

آپ کی معلومات			
نام	سوشل سیکیورٹی نمبر	تاریخ پیدائش	
گھر کا پتہ	شہر	ریاست	زپ کوڈ
گھر کا فون نمبر	سیل فون نمبر	ای میل	
رابطے کا ترجیحی طریقہ		سالانہ گھریلو آمدنی	
<input type="checkbox"/> امریکی ڈاک <input type="checkbox"/> ای میل <input type="checkbox"/> گھر کا فون <input type="checkbox"/> سیل فون		<input type="checkbox"/> مجھے بے گھری کا سامنا ہو رہا ہے	
ازدواجی حیثیت		آپ کے گھرانے میں لوگوں کی تعداد (جیسا آپ کے ٹیکسوں پر رپورٹ کی گئی ہے):	
<input type="checkbox"/> شادی شدہ <input type="checkbox"/> تنہا <input type="checkbox"/> خلع یافتہ <input type="checkbox"/> مطلقہ <input type="checkbox"/> بیوہ یا رنٹوا			
ملازمت کی حیثیت			
<input type="checkbox"/> بر سر ملازمت <input type="checkbox"/> خود کار روزگار <input type="checkbox"/> سبکدوش <input type="checkbox"/> معذور <input type="checkbox"/> بے روزگار (وہ آخری تاریخ شامل کریں جب کام کیا)			
آجر کا نام		فون نمبر	
آجر کا پتہ	شہر	ریاست	زپ کوڈ
اس صحت بیمہ منصوبے کا نام جو آپ کا آجر پیش کرتا ہے، بشمول COBRA <input type="checkbox"/> آپ کا آجر صحت بیمہ پیش نہیں کرتا ہے۔			

## مالی اعانت کی درخواست

MRN \_\_\_\_\_

مریض کا نام \_\_\_\_\_

بیمہ کوریج		
<p>کیا آپ کسی صحت بیمہ پالیسی کے ذریعے محیط یا اس کے لیے اہل ہیں، بشمول:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بین الاقوامی/سفر میں صحت کا بیمہ</li> <li>• صحت بیمہ مارکیٹ پلیس کے منصوبے</li> <li>• سابق فوجیوں کی مراعات</li> <li>• Medicaid</li> <li>• Medicare</li> </ul> <p>ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/></p> <p>اگر آپ نے ہاں میں جواب دیا تو، براہ کرم درج ذیل معلومات دیں:</p>		
پالیسی نمبر	بیمہ دہندہ	منصوبہ خریدنے والے شخص کا نام (پالیسی بردار):
پالیسی نمبر	بیمہ دہندہ	منصوبہ خریدنے والے شخص کا نام (پالیسی بردار):

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

## مالی اعانت کی درخواست

MRN \_\_\_\_\_

مریض کا نام \_\_\_\_\_

سوئالنامہ	
1. کیا آپ اپنی نگہداشت موصول کرتے وقت الینوائے میں رہتے تھے؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
2. کیا آپ امریکی ویزا پر الینوائے میں رہنے والے غیر ملکی شہری ہیں (امریکی شہری نہیں ہیں)؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
A. اگر ہاں تو، کس قسم کا ویزا ہے؟	_____
3. ہمارے ہنگامی محکمہ میں آپ نے جو نگہداشت موصول کی اس کے لیے کیا آپ کو مالی مدد چاہیے؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
4. اگر آپ مطلقہ یا خلع یافتہ ہیں: کیا آپ کا/کی سابق شریک حیات/پارٹنر تحلیل یا علیحدگی کے معاہدے کے مطابق طبی نگہداشت	<input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
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"/> جانے کار میں ضرر <input type="checkbox"/> دیگر _____
6. کیا آپ نے کوئی اتارنی بحال کیا ہے یا آپ اپنے ضرر یا بیماری کے لیے دعویٰ دائر کر رہے/ارہی ہیں؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
A. اگر آپ نے ہاں میں جواب دیا تو، براہ کرم فراہم کریں:	_____
7. کیا آپ پہلے ہی Medicaid کے لیے درخواست دے چکے/چکی ہیں؟ ہم آپ سے تقاضا کر	<input type="checkbox"/> ہاں - منظوری کا انتظار ہے <input type="checkbox"/> ہاں - اہل نہیں ہیں <input type="checkbox"/> نہیں
A. اگر آپ نے ہاں میں جواب دیا تو، براہ کرم وہ سبھی نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں۔	<input type="checkbox"/> آپ کی عمر 19 سال یا اس سے کم ہے۔ <input type="checkbox"/> آپ ذیابیطس، فشار خون یا غشی کے دوروں کا نظم کرنے کے لیے دوا لے رہے/ارہی ہیں۔ <input type="checkbox"/> آپ کی عمر 65 سال یا اس سے اوپر ہے۔ <input type="checkbox"/> آپ معذور ہیں، جیسا کہ سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن نے تعین کیا ہے۔ <input type="checkbox"/> آپ نابینا ہیں۔ <input type="checkbox"/> آپ حاملہ ہیں۔ <input type="checkbox"/> آپ کے پاس آپ کے ساتھ رہنے والے 19 سال سے چھوٹے بچے ہیں۔

اٹائے	
1. پراپرٹی: براہ کرم اپنی زیر ملکیت کسی ایسی عمارت یا اراضی کے بارے میں معلومات دیں جو آپ کے قیام کی اصل جگہ نہیں ہے۔	
A. تمام عمارتوں اور اراضی کی مالیت منہا پراپرٹی پر آپ پر واجب رقم کتنی ہے؟ \$ _____	<input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق
ا. کیا یہ پراپرٹی بیسہ کمانے کے لیے استعمال ہوتی ہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
B. اراضی کی مالیت (عمارتوں کے بغیر) منہا پراپرٹی پر آپ پر واجب رقم کتنی ہے؟ \$ _____	<input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق
ا. کیا یہ پراپرٹی بیسہ کمانے کے لیے استعمال ہوتی ہے؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
2. بینک کھاتے اور سرمایہ کاریاں: براہ کرم درج ذیل ہر ایک میں کل رقم درج کریں۔	
A. چیکنگ اکاؤنٹس، سیوننگز اکاؤنٹس اور کریڈٹ یونین اکاؤنٹس: \$ _____	<input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق
B. دیگر سرمایہ کاریاں، جیسے بانڈز اور اسٹاکس۔ کسی قسم کا ریٹائرمنٹ اکاؤنٹ شامل نہ کریں۔ \$ _____	<input type="checkbox"/> ناقابل اطلاق

دستخط کر کے، میں اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ:

- اس بل کی ادائیگی میں مدد کے لیے میں جس کسی ریاستی، وفاقی یا مقامی اعانت کے لیے اہل ہو سکتا/سکتی ہوں اس کے لیے میں درخواست دوں گا/گی۔
- 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 بوجھ کر جھوٹی معلومات فراہم کرتا/کرتی ہوں، اگر درخواست میں کوئی نمایاں غلطی ہو، یا اگر کوئی نمایاں چیز چھوڑ دی گئی تھی تو:
- میں مالی اعانت کے لیے اہل نہیں ہوں گا/گی۔
- مجھے دی گئی کوئی بھی مالی اعانت واپس کر دی جائے گی۔
- میں بل کی ادائیگی کا/کی ذمہ دار ہوں۔

وقت \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ درخواست دہندہ کے دستخط \_\_\_\_\_

وقت \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

شریک حیات/پارٹنر/والدین/ضامن (ایک ہر دائرہ بنائیں) دستخط (جب قابل اطلاق ہو) \_\_\_\_\_

براہ کرم مکمل کردہ درخواست اور کوئی تائیدی دستاویزات اس پتے پر واپس بھیجیں:

**Northwestern Memorial HealthCare**

Financial Counseling: بملاحظہ

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

فون: 312.926.6906 یا 800.423.0523

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 فراہم کریں۔

### مطلوبہ دستاویزات

- آپ کے بالکل حالیہ وفاقی ٹیکس ریٹرن اور W-2 یا IRS فارم 4506-T: ٹیکس ریٹرن کے ٹرانسکرپٹ کے لیے درخواست کی کاپی۔
- حکومت سے جاری شدہ درست باتصویر ID کی کاپی، جیسے آپ کا ڈرائیونگ لائسنس یا پاسپورٹ
- ان دستاویزات میں سے کم از کم ایک :
  - الینوائے سے جاری شدہ ایک درست باتصویر ID یا ڈرائیونگ لائسنس کی کاپی
  - الینوائے کے پتے والا حالیہ یوٹیلیٹی بل
  - الینوائے کے آپ کے ووٹر رجسٹریشن کی کاپی
  - حکومت یا دیگر قابل اعتبار ماخذ سے آپ کے حالیہ پتے پر بھیجی 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 کریڈٹ 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 نفعہ، 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۔
  - نفعہ 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)
  - وفاقی ٹیکس ریٹرن
  - W-2 یا IRS فارم 4506-T: ٹیکس ریٹرن کی ٹرانسکرپٹ کے لیے درخواست
  - تمام چیکنگ، سیونگز اور کریڈٹ 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۔