

مالی اعانت کی درخواست

مریض یا درخواست دہندہ کا نام: _____

پتہ: _____

شہر: _____

ریاست: _____

زپ: _____

فون: _____ ازدواجی حالت: _____

سروس کی تاریخ: _____
اکاؤنٹ نمبر: _____
سی ایس این: _____
ہسپتال: _____

مالی اعانت کے غور و فکر کے لیے مندرجہ ذیل کو ضرور پورا کیا جانا چاہیے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ اعانت حاصل کرنے سے پہلے غیر بیمہ کردہ مریض ہماری بیمہ کی اہلیت کے فروشنده کے ساتھ ضرور شرکت کریں۔ ہمارے فروشنده کے ساتھ مکمل شدہ درخواست کی وصولی اور شرکت کے 90 دنوں کے اندر فیصلے کیے جائیں گے

نام	مریض کے ساتھ رشتہ	عمر	خدمت کی تاریخ سے پہلے 3 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 جارہی ہے؟ _____

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

3. کیا آپ نے میڈیکل یا ملک کی کسی دیگر اعانت کے لیے درخواست دی ہے؟ ہاں (تاریخ/صوبہ) _____ نہیں

4. کیا آپ نے خدمت کی تاریخ کو صحت کا بیمہ حاصل تھا؟ ہاں (اس درخواست کے ساتھ کارڈ کی کاپی فراہم کریں) نہیں

5. کیا خدمت کی تاریخ کسی خود کار حادثہ سے تعلق رکھتی تھی؟ ہاں (بیمہ کا نام/دعویٰ نمبر) _____ نہیں

6. کیا آپ کے گھر کے کسی فرد کے پاس چیکنگ یا سیونگ اکاؤنٹ ہے؟ ہاں (قدر) _____ نہیں

7. کیا آپ کے گھر کے کسی فرد کے پاس کوئی دیگر اثاثہ ہے؟ ہاں (قسم/قدر) _____ نہیں

8. کیا آپ کے پاس اپنا یا کرایہ کا گھر ہے؟ مالک کرایہ دیگر (_____)

مندرجہ بالا آمدنی کے اثاثے کے لیے آپ گھر کے ہر فرد کے لیے مندرجہ ذیل ضرور فراہم کریں:

براہ کرم وصول کردہ آٹم پر نشان لگائیں

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ملازمت = 3 یا 12 مہینے کی آمدنی | <input type="checkbox"/> ذاتی کاروبار = شیڈول سی کے بشمول ٹیکس کی مکمل شکلیں |
| <input type="checkbox"/> بچہ سے متعلق معاونت = عدالت کے ذریعہ حکم دی گئی دستاویز | <input type="checkbox"/> دیگر = میری دیگر آمدنی کا ثبوت جیسے منافع، سود، کرایہ کی آمدنی |
| <input type="checkbox"/> سوشل سیکورٹی = مراعات کا خط | <input type="checkbox"/> چیکنگ / سیونگ = ہر اکاؤنٹ کے لیے حالیہ 30 دن کا گوشوارہ |
| <input type="checkbox"/> پنشن یا معذوری = مراعات کا خط | |

تصدیق: اس دستاویز پر دستخط کر کے، میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست پر درج جوابات درست ہیں۔ اگر کسی فرد کی مالی اعانت کی درخواست کا مابعد جائزہ یہ منکشف کرتا ہے کہ فرد کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات یا تو غلط یا فریب آمیز تھی، تو مالی اعانت فراہم کرنے کے فیصلے کو بلٹا جا سکتا ہے اور ذمہ دار فریق کو اس کا بل دیا جائے گا۔ میں سمجھتا ہوں کہ میں نے جو معلومات پیش کی ہے، اس کی کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیز کے بشمول میرے ہسپتال کے فراہم کنندہ کے ذریعہ تصدیق کی جاسکتی ہے، اور اس کا وفاقی اور ریاستی ایجنسیاں اور دیگر لوگ حسب مطالبہ جائزہ لے سکتے ہیں۔

مریض کا دستخط: _____ تاریخ: _____

درخواست دہندہ یا نمائندے کا دستخط: _____ رشتہ: _____ تاریخ: _____

(اگر مریض نہیں ہے)

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

11511 Reed Hartman Highway
Blue Ash, Ohio 45241