

نام: _____ میڈیکل ریکارڈ نمبر: _____ ایڈمٹ #: H _____

بنام درخواست گزار برائے مالی معاونت:

ذیل میں براہ کرم مالی معاونت کی درخواست ملاحظہ کریں۔ براہ کرم درخواست کو مکمل کر کے بمع آپ کی مخصوص مالی صورتحال سے متعلقہ ذیل میں درخواست کردہ معاون دستاویزات اس فارم کے صفحہ تین کے نیچے دیے گئے پتے پر واپس بھیجیں۔

اگر آپ فعال طبی مدد رکھتے ہیں



(A) اپنا طبی امداد کا نمبر یہاں لکھیے

(B) اپنے طبی امداد کے کارڈ کی نقل لف کیجیے۔

آمدن کا ثبوت (براہ کرم تمام قابل اطلاق شامل کریں)

سوشل سکیورٹی:

- سوشل سکیورٹی ایوارڈ لیٹر یا سوشل سکیورٹی سالانہ فوائد کے گوشوارے کی نقل
- آپ کے حالیہ ترین سوشل سکیورٹی چیک کی نقل

سابقہ فوجی کے فوائد:

- ایوارڈ لیٹر یا فوائد کے گوشوارے کی نقل
- فوائد کے حالیہ ترین چیک کی نقل

پنشن:

- پنشن کے فوائد کے گوشوارے کی نقل
- پنشن کے حالیہ ترین چیک کی نقل

درکار اضافی تصدیق

(حالیہ ترین گوشوارے یا دیگر تصدیق کی نقول برائے)

آمدنی / اثاثے:

- ڈیپازٹس کے سرٹیفیکیٹ
- 401K، 403B، Keogh، IRA اور دیگر ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس
- سالانہ وظیفہ
- زندگی کے بیمہ کی نقد مالیت
- ٹرسٹ
- بروکریج اکاؤنٹس
- ڈیویڈنڈ/سود کی آمدن
- بچے کی امداد
- گزارے کا خرچ
- سٹاک، بانڈز اور/یا میوچل فنڈز
- دیگر سرمایہ کاری

ذمہ داریاں/اخراجات:

- رہن یا کرائے کی ادائیگی کی حالیہ ترین نقل
- انشورنس پرمیئم کی ادائیگی کی نقول (گھر کی ملکیت کی پالیسی، کار انشورنس وغیرہ۔)
- طبی ادائیگیوں اور/یا نسخہ کی ادائیگیوں کی نقول
- آپ کی جانب سے دیگر ذمہ داریوں/اخراجات کی ادائیگی کی نقول
- تمام بینک اکاؤنٹوں کے حالیہ ترین گوشواروں کی نقول

وفاقی اور ریاستی انکم ٹیکس کا گوشوارہ:

- آپ کے حالیہ ترین وفاقی اور ریاستی انکم ٹیکس کا گوشوارہ تمام شیڈولز کے ساتھ مکمل

دیگر مناسب مالیاتی ڈیٹا:

- دیوالیہ پن کی درخواستوں، املاک کے تصفیے وغیرہ کی نقول۔

اگر آپ کسی بھی مذکورہ بالا چیز کی نقول فراہم کرنے سے قاصر ہیں تو براہ کرم ان مخصوص وجوہات کی وضاحت کے ساتھ ایک خط بھیجیں کہ درخواست کردہ معلومات لف کیوں نہیں ہیں۔ انفرادی حالات کی بناء پر اضافی معلومات درخواست کی جا سکتی ہیں۔

اگر لف شدہ کے حوالے سے آپ کو کوئی سوال درپیش ہو تو آپ ہم سے 410-938-3370 پر رابطہ کر سکتے ہیں۔

مخلص،

مریض کے اکاؤنٹس کا نمائندہ

لف۔

Sheppard Pratt Health System Sheppard
Pratt Physicians, P.A.
مالی امداد کی درخواست

آپ کے بارے میں معلومات

نام

آخری	درمیانہ	پہلا	نام
- -	سوشل سکیورٹی نمبر	<input type="checkbox"/> الگ <input type="checkbox"/> شادی شدہ	<input type="checkbox"/> غیر شادی شدہ
	مستقل شہری <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> مطلقہ <input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> بیوہ/رنڈوا <input type="checkbox"/> امریکی شہری <input type="checkbox"/> ہاں
	فون		گھر کا پتہ

ملک	زپ کوڈ	ریاست	شہر	فون
		آجر کا نام		
		کام کا پتہ		

زپ کوڈ	ریاست	شہر	کنپے کے ارکان
		عمر	نام
رشتہ		عمر	نام
رشتہ		عمر	نام
رشتہ		عمر	نام
رشتہ		عمر	نام
رشتہ		عمر	نام
رشتہ		عمر	نام
رشتہ		عمر	نام
رشتہ		عمر	نام

کیا آپ نے طبی امداد کے لیے درخواست کی ہے؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو آپ کے درخواست کرنے کی تاریخ کیا تھی؟

اگر ہاں، تو آپ کا ارادہ کیا تھا؟

کیا آپ کو کسی بھی قسم کی ریاستی یا علاقائی مدد ملتی ہے؟ ہاں نہیں

1. خاندان کی آمدن۔ تمام ذرائع سے آپ کی ماہانہ آمدن کی رقم کی فہرست آپ سے آمدن، اثاثوں اور اخراجات کا ثبوت فراہم کرنے کا تقاضا کیا جا سکتا ہے۔ اگر آپ کی کوئی آمدن نہیں ہے تو براہ کرم آپ کے گھر اور کھانے میں مدد کرنے والے شخص کی جانب سے تائیدی خط فراہم کریں۔

پہلا درمیانہ آخری

روزگار
ریٹائرمنٹ/پنشن کے فوائد
سوشل سکیورٹی کے فوائد
معذوری کے فوائد
بیروزگاری کے فوائد
سابقہ فوجی کے فوائد
گزارے کا خرچ
کرایہ پر املاک کی آمدن
سٹرائیک کے فوائد
عسکری الاٹمنٹ
کھیت یا ذاتی کام
آمدنی، کا دیگر ذریعہ

کل

2. فوری نقد بننے والے اثاثے

حکنگ اکاؤنٹ
بچت اکاؤنٹ
اسٹاک، بانڈز، CD، یا منی مارکیٹ
دیگر اکاؤنٹس،

موجودہ بیلنس

کل

3. دیگر اثاثے۔ اگر درج ذیل میں سے کوئی بھی چیز آپ کے زیر ملکیت ہے، تو براہ کرم قسم اور اندازاً مالیت درج کریں۔

اندازاً مالیت	قرضے کا بقایا	سال	اندازاً مالیت	گھر
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

دیگر املاک

اندازاً مالیت

کل

4. ماہانہ اخراجات

کرایہ یا رین
یوٹیلٹیز
کار کی ادائیگی (ادائیگیوں)
کریڈٹ کارڈ (کارڈز)
کار انشورنس
صحت کی انشورنس
دیگر طبی اخراجات
دیگر اخراجات

رقم

کل

کیا آپ کے کوئی دیگر غیر ادا شدہ طبی بل ہیں؟ ہاں نہیں

کس سروس کے لیے؟

اگر آپ نے کوئی ادائیگی کا منصوبہ ترتیب دیا ہے تو ماہانہ بیلنس کیا ہے؟

اگر آپ درخواست کرتے ہیں کہ ہسپتال اضافی مالی مدد بڑھا دے تو ہسپتال ضمنی تعین کے لیے اضافی معلومات کی درخواست کر سکتا ہے۔ اس فارم پر دستخط کر کے آپ تصدیق کرتے ہیں کہ فراہم کردہ معلومات درست ہیں اور فراہم کردہ معلومات میں تبدیلی کے دس دن کے اندر ہسپتال کو مطلع کرنے پر متفق ہوتے ہیں۔