1150 Varnum St. NE
Washington, DC 20017

پرووِیڈنس اسپتال مالیاتی معاونت پروگرام

درخواست کی ہدایات:

اگر آپ پرووِیڈنس ہسپتال مالیاتی معاونت پروگرام کے لئے درخواست دینا چاہتے ہیں، تو برائے مہربانی منسلک درخواست کو مکمل کریں اور واپس بھیجیں۔ اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو پرووِیڈنس ہسپتال ایسوسی ایٹس آپ کے سوالات کا جواب دینے، اور آپ کی اس درخواست کو مکمل کرنے میں مدد کے لئے دستیاب ہیں۔

آپ کی مکمل کردہ درخواست کا آپ کے گھرانے کی آمدنی اور آپ کے گھرانے میں موجود منحصر افراد کی تعداد کی بنیاد پر ایک رعایت کے لئے جائزہ لیا جائے گا۔ اگر اہل ہیں، تو رعایت کی شرح فی صد کی حد 70% سے 100% تک ہو گی۔ اگر آپ اس پروگرام کے لئے اہل نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی غیربیمہ یافتہ خدمات پر خودبخود ایک 65% کی رعایت وصول ہو گی۔

اہلیت

مالیاتی معاونت کے لئے اہل ہونے کے لئے، برائے مہربانی درج ذیل کو نوٹ کریں:

- مقامی، ریاست، یا وفاقی معاونت کے لئے ایک درخواست کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
- **گھریلو آمدنی کی تصدیق کی جا سکتی ہے۔ برائے مہربانی گھرانہ کی آمدنی کا ثبوت پیش کریں۔ (ٹیکس ریٹرن اور/یا حالیہ تنخواہ مثنی) اگر آپ کی کوئی آمدنی نہیں، تو برائے مہربانی ایک وضاحتی بیان مہیا کریں کہ مالیاتی طور پر آپ کی معاونت کیسے کی جاتی ہے۔**
- دیگر آمدنی کے ذرائع کی لازما اطلاع دی جائے اور شامل کیے جانے چاہئیں: چائلڈ سپورٹ، نان نفقہ، کارکنوں کے لئے معاوضہ، عوامی امداد، خود روزگار آمدنی، اور بے روزگاری کی آمدنی۔

مالی معاونت کے لئے دستیاب نہیں ہے برائے:

- ذاتی اشیاء جیسا کہ ٹیلی ویژن کے اخراجات
- خدمت جو طبی لحاظ سے ضروری نہ ہو بشمول کاسمیٹک پروسیجرز اور بانجھ پن کے علاج
- خدمت جس کا کسی دوسرے نگہداشت صحت نیٹ ورک میں انشورنس کی طرف سے احاطہ کیا جائے۔
- بنا نسخہ فارماسیوٹیکل اشیاء۔

مالی معاونت کا تعین صرف اس نگہداشت کی قسط کے لئے قابل اطلاق ہو گا جس کے لئے یہ درخواست مکمل کی جا رہی ہے۔

درخواستیں ڈاک سے بھیجیں: پرووِیڈنس ہسپتال
توجہ: مالیاتی مشاورت اور اہلیت کی خدمات (گراؤنڈ فلور)
1150 Varnum St., NE
Washington, DC 20017

اس درخواست کو فیکس کریں: (202) 281-3143

اس درخواست سے متعلق سوالات: (02) 854-4081

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)				Account No.	
Patient Name:	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.
Address:	City	State	Zip		Email Address
Social Security Number:	Employer		Full Time Part Time		How many hrs/wk
Employer Address:	City	State	Zip		Telephone No.

RESPONSIBLE PARTY'S INFORMATION					
Name Same as above	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.
Address		State	Zip		Email Address
Social Security Number	Employer		Full Time Part Time		How many hrs/wk
Employer Address	City	State	Zip		Telephone No.

RESPONSIBLE PARTY SPOUSE INFORMATION					
Spouse's Name		Social Security Number			Birth Date
Spouse's Employer:	Address:	City	State	Zip	Telephone No.

DEPENDENTS:

Name	Age	Relationship	Name	Age	Relationship

GROSS MONTHLY INCOME	
Applicant Earned Income	
Applicant Spouse's Income	
Social Security Benefits	
Pension/Retirement Income	
Unemployment Compensation	
Worker's Compensation	
Interest / Dividend Income	
Child Support	
Alimony	
Rental Property Income	
Food Stamps	
Other	
Other	
TOTAL GROSS INCOME:	

ASSETS	
Cash on Hand	
Savings Account	
Checking Account	
C.D.'s	
Securities	
Life Insurance	
Other Real Estate	
Other	

Vehicle / Make & Model:	Year	Value

Financial Settlements:	
Life Insurance	
Inheritance	
Other	
TOTAL VALUE OF ASSETS:	

MONTHLY LIVING EXPENSES	Payment	Balance
Mortgage/Rent		
Electricity		
Gas		
Telephone		
Water		
Groceries		
Cable TV		
Car Payment		
Cell Phone		
Day Care		
Child Support/Alimony		
Prescription Drugs		
Credit Cards:		
1.		
2.		
3		
Other Doctor / Hospital Bills:		
Insurance Expense:		
1. Automobile		
2. Property		
3. Medical / Life		
Other Loan Payments:		
1.		
2.		
Other Monthly Payments:		
cobra		
life insurance		
3.		
TOTAL MONTHLY EXPENSES:		

COMMENTS: _____

I hereby certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the hospital to obtain information from external credit reporting agencies if the hospital deems necessary.

Date

Signature of Patient, Spouse, Guarantor or Legal Representative

پرووِیڈنس ہسپتال
مالیاتی معاونت کی درخواست

سند

اس فارم پر میرے دستخط تصدیق کرتے ہیں کہ تمام بیانات میرے سب سے بہترین علم کے مطابق سچ ہیں اور میں نے اپنے مالی معاملات سے متعلق تمام حقائق کا انکشاف کر دیا ہے۔ میں سمجھتا ہوں اور تسلیم کرتا ہوں کہ اس درخواست کے تناظر میں میرے مالیات کی کوئی بھی غلط نمائندگی، یا پروگرامز، جو میری نگہداشت (مثلا، میڈیکیڈ، ذاتی چوٹ کے دعوے، کام کرنیوالے کی تلافی) کے اخراجات کا احاطہ کر سکتے ہیں کے لئے میرے کوالیفائی کرنے کے سلسلے میں کوششوں سے تعاون کرنے میں ناکامی کسی بھی مالیاتی معاونت کے عطا کیے جانے کو کالعدم کر سکتی ہے اور یہ کہ میں مہیا کی جانیوالی خدمات کے لئے مالیاتی طور پر ذمہ دار ہوں گا۔ میں اتفاق کرتا اور اجازت دیتا ہوں کہ پرووِیڈنس ہسپتال یا اس کے نمائندے میرے کریڈٹ پر ایک رپورٹ کی درخواست کریں اور جائزہ لیں اور مہیا کردہ تمام معلومات کا کارآمد بنانے کے سلسلے میں تمام دیگر معقول اقدام اٹھائیں۔

میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں نے جزوی مالی امداد کے لیے کوالیفائی کیا تو میں اپنے بل کے بقایا حصے کی ادائیگی کے لئے ذمہ دار ہوں گا۔

خام آمدنی کے بارے میں بیان (ٹیکسز اور وِدہولڈنگ سے پہلے)

میری کل سالانہ گھریلو آمدنی (دوسری جانب سے مریض اور زوج کا سالانہ کالم شامل کریں اور کل کو ذیل میں لکھیں):

_____

آمدنی کے فقدان سے متعلق بیان

مختصر طور پر اپنی مالیاتی/رہنے کی صورت حال کی وضاحت کریں اور آپ کو اپنے طبی بل(ز) کے لئے مالی امداد کی کیوں ضرورت ہے۔

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

برائے مہربانی ذیل میں دستخط کریں۔

_____

مریض /سرپرست (تاریخ)