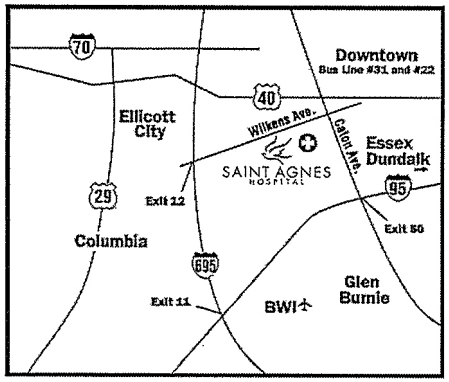
SAINT AGNES | Ascension

مریض
مالی
خدمات

میری لینڈ اسٹیٹ یونیفارم
مالی امداد
درخواست

اپنی طبی ضروریات کے لئے
Saint Agnes Hospital کے
استعمال کا شکریہ



SAINT AGNES | Ascension

900 S. Caton Avenue
Mailstop 045
Baltimore, MD 21229
667-234-2140
TTY: 667-234-2001
www.TeamSaintAgnes.com

ہسپتال کا مالی امداد
کا پروگرام

اپنی طبی ضروریات کے لئے Saint Agnes Hospital کے استعمال کا شکریہ

آپ نے ہمارے ہسپتال کے مالی امداد کے پروگرام کے لئے اپلائی کرنے میں دلچسپی کا اظہار کیا ہے۔ غور کرنے کے لئے ہمارے دفتر کو درج ذیل دستاویزات موصول ہو جانی چاہئیں:

- مکمل شدہ درخواست
- سابقہ سال، وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن
- حالیہ آمدنی کا ثبوت یا بے روزگار ہونے کی صورت میں ملازمت کی تلافی یا سپورٹ کے خط کا ثبوت
- تمام تحقیقات کے ثبوت
- چیکنگ اور/یا سیونگ بینک اکائنٹس کی ایک نقل
- ادا نہ کیے گئے طبی بلز کی نقل

تجزیے کے عمل کی تکمیل پر آپ کو آپ کے آؤٹ اسٹینڈنگ اکاؤنٹ پر لاگو ہونے والے وظیفے کی شرح فیصد (اگر کوئی ہو) سے آگاہ کر دیا جائے گا۔

اگر ہمیں 15 دنوں میں مطلوبہ معلومات موصول نہ ہوئی تو ہم کلیکشن کے عام طریقہ کار کی پیروی کریں گے۔ اگر آپ کے کوئی سوالات یا تشویشات ہیں تو براہ مہربانی 667-234-2140 پر مریضوں کے اکاؤنٹس کے نمائندے سے رابطہ کریں۔

میری لینڈ اسٹیٹ یونیفارم مالی امداد کی درخواست

آپ کے متعلق معلومات

نام: _____
پہلا درمیانہ آخری

سوشل سکیورٹی نمبر: _____

تاریخ پیدائش: _____

ازدواجی حیثیت: غیر شادی شدہ شادی شدہ علیحدگی اختیار کیے ہوئے

US کے شہری: ہاں نہیں

مستقل رہائشی: ہاں نہیں

گھر کا پتا: _____

_____

_____
شہر ریاست زپ کوڈ

_____
ملک فون

آجر کا نام: _____

کام کا پتا: _____

_____
شہر ریاست زپ کوڈ

گھرانے کے افراد

نام	عمر	رشتہ

کیا آپ نے طبی امداد کے لئے اپلائی کیا ہے؟
ہاں نہیں

اگر ہاں تو آپ نے کس تاریخ کو اپلائی کیا تھا؟ _____

اگر ہاں تو کیا تعین ہوا تھا؟ _____

_____

کیا آپ کسی قسم کی ریاستی یا ملکی امداد وصول کرتے ہیں؟ ہاں نہیں

I. خاندان کی آمدنی

	ماہانہ رقم
ملازمت	_____
ریٹائرمنٹ/پنشن کے وظائف	_____
سوشل سکیورٹی کے وظائف	_____
عوامی امداد کے وظائف	_____
معذوری کے وظائف	_____
بے روزگاری کے وظائف	_____
سابق فوجیوں کے وظائف	_____
نان نفقہ	_____
کرایے پر دی گئی جائیداد کی آمدن	_____
سٹرائک کے وظائف	_____
ملٹری الاٹمنٹ	_____
فارم یا ذاتی روزگار	_____
آمدن کے دیگر ذرائع	_____
کل	_____

II. لیکوئڈ اثاثہ جات

چیکنگ اکاؤنٹ	_____
سیونگز اکاؤنٹ	_____
اسٹاکس، بانڈز، سی ڈی یا رقم کی مارکیٹ	_____
دیگر اکاؤنٹس	_____
کل	_____

III. دیگر اثاثہ جات

اگر آپ درج ذیل میں سے کسی شے کے مالک ہیں تو براہ مہربانی اس کی قسم اور اندازاً قیمت بیان کریں۔

گھر: لون بیلنس: _____ قیمت: _____

آٹو: میک: _____ سال: _____ قیمت: _____

آٹو: میک: _____ سال: _____ قیمت: _____

III. دیگر اثاثہ جات

آٹو: میک: _____ سال: _____ قیمت: _____

دیگر جائیداد: _____

کل _____

IV. ماہانہ اخراجات

	ماہانہ رقم
کرایہ یا مورٹگیج	_____
سہولیات	_____
کار کی ادائیگی (ادائیگیاں)	_____
کریڈٹ کارڈ (کارڈز)	_____
گاڑی کا بیمہ	_____
دیگر طبی اخراجات	_____
دیگر اخراجات	_____
کل	_____

کیا آپ کے کوئی طبی بلز ادا ہونے باقی ہیں؟

ہاں نہیں اگر ہاں، رقم _____

کس خدمت کے لئے؟ _____

اگر آپ نے ادائیگی کا کوئی پلان ترتیب دیا ہے تو ماہانہ ادائیگی کیا ہے؟ _____

اگر آپ نے درخواست کی ہے کہ ہسپتال اضافی مالی امداد میں توسیع کرے تو ذیلی تعین کے لئے ہسپتال اضافی معلومات کی درخواست کر سکتا ہے۔ اس فارم پر دستخط کرنے سے آپ تصدیق کرتے ہیں کہ دی گئی معلومات درست ہیں اور معلومات میں کوئی بھی تبدیلی ہونے پر تبدیلی کے دس دن کے اندر اندر ہسپتال کو مطلع کرنے پر رضامندی کا اظہار کرتے ہیں۔

_____
درخواست گزار کے دستخط

_____
مریض سے رشتہ

_____
تاریخ