Providence

رفاہی نگہداشت/مالی اعانت کی درخواست فارم سے متعلق ہدایات

یہ Providence ہیلتھ اینڈ سروسز میں مالی اعانت (رفاہی نگہداشت کے بطور بھی معروف ہے) کے لیے ایک درخواست ہے۔

وفاقی اور ریاستی قوانین تمام ہسپتالوں سے مالی اعانت فراہم کرنے کا تقاضا کرتے ہیں ان افراد اور خاندانوں کو جو آمدنی کے بعض تقاضے پورا کرتے ہیں۔ آپ اپنے خاندان کے سائز اور آمدنی کی بنیاد پر مفت نگہدداشت یا کم قیمت پر نگہداشت کے لیے اہل قرار پا سکتے ہیں، چاہے آپ کے پاس صحت بیمہ ہو۔ مالی اعانت کی ہماری پالیسی اور تدریجی پیمانے کے رہنما خطوط دیکھنے کیلئے، براہ کرم https://www.providence.org/obp سے سکونتی ریاست کی ویب سائٹ پر جائیں۔

<u>مالی اعانت کس چیز کو محیط ہوتی ہے؟</u> طبی مالی اعانت آپ کی اہلیت کے لحاظ سے ہمارے کسی ہسپتال کے ذریعہ فراہم کردہ طبی لحاظ سے لازمی ہسپتال کی نگہداشت کو محیط ہوتی ہے۔ مالی اعانت دوسری تنظیموں کے ذریعہ فراہم کردہ خدمات سمیت، نگہداشت صحت کی تمام تر لاگتوں کو محیط نہیں ہو سکتی ہے۔

<u>اگر آپ کے سوالات ہوں یا یہ فارم مکمل کرنے میں مدد درکار ہو:</u> ہماری مالی اعانت کی پالیسیاں، پروگراموں کے بارے میں معلومات، اور درخواست سے متعلق مواد ہماری ویب سائٹ پر یا بذریعہ فون دستیاب ہیں۔ آپ معذوری اور لسانی اعانت سمیت، کسی بھی وجہ سے مدد حاصل کر سکتے ہیں۔ ترجمہ شدہ تحریری دستاویزات درخواست کرنے پر دستیاب ہیں۔
ہم سے رابطہ کرنے کا طریقہ یہ ہے: https://www.providence.org/obp
کسٹمر سروس کے نمائندے سے اس نمبر پر: 503-215-3030 یا 866-747-2455
پیر تا جمعہ صبح 8:00 بجے تا شام 5:00 بجے

<u>آپ کی درخواست پر کارروائی کیے جانے کے واسطے، آپ پر لازم ہے کہ:</u>

- ☐ **ہمیں اپنے خاندان کے بارے میں معلومات فراہم کریں**
  اپنے گھرانے میں موجود خاندان کے اراکین کی تعداد پُر کریں (خاندان میں پیدائش، شادی یا تبنیت کے ذریعہ تعلق رکھنے والے وہ افراد شامل ہوتے ہیں جو ایک ساتھ رہتے ہوں)
- ☐ **ہمیں اپنے خاندان کی مجموعی ماہانہ آمدنی (ٹیکس اور کٹوتیوں سے قبل آمدنی) کے بارے میں معلومات فراہم کریں جس میں ادائیگی کی پرچیاں، W-2 فارم، ٹیکس ریٹرنز، سوشل سیکیورٹی ایوارڈز، وغیرہ شامل ہیں۔**
  (مزید مثالوں کے لیے مالی اعانت کی درخواست کا آمدنی والا سیکشن دیکھیں)
- ☐ **خاندان کی آمدنی کے لیے دستاویزی شہادت فراہم کریں اور اثاثوں کا اعلان کریں**
- ☐ **اضافی معلومات اگر درکار ہوں تو منسلک کریں**
- ☐ **مالی اعانت کے فارم پر دستخط مع تاریخ درج کریں**

نوٹ: مالی اعانت کے لیے درخواست دینے کی خاطر آپ کو سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کرنا ضروری نہیں ہے۔ اگر آپ ہمیں اپنا سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کرتے ہیں تو اس سے آپ کی درخواست کی کارروائی کو تیزگام کرنے میں مدد ملے گی۔ سوشل سیکیورٹی نمبرز ہمیں فراہم کردہ معلومات کی توثیق کرنے کے لیے استعمال کیے جاتے ہیں۔ اگر آپ کے پاس سوشل سیکیورٹی نمبر نہیں ہے تو براہ کرم "ناقابل اطلاق" یا "NA" کو نشان زد کریں۔

مکمل کردہ درخواست تمام دستاویزی شہادت کے ساتھ اس پتے پر میل کریں: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland، یا 97208-3395۔ ایک کاپی یقینی طور پر اپنے لیے رکھیں۔

اپنی مکمل کردہ درخواست بذات خود جمع کرانے کے لیے: اپنے قریب ترین Hospital Cashier Office میں لے جائیں۔

ہم اہلیت اور اپیل کے حقوق کے حتمی فیصلے کی بابت، اگر قابل اطلاق ہو تو، مالی اعانت کی مکمل کردہ درخواست، بشمول آمدنی کی دستاویزی شہادت موصول ہونے سے 30 تقویمی دنوں کے اندر آپ کو مطلع کریں گے۔

مالی اعانت کی درخواست جمع کروا کر، آپ مالی ذمہ داریوں اور معلومات کی تصدیق کرنے کے لیے ہمیں لازمی استفسارات کرنے کی اپنی منظوری دیتے ہیں۔

ہم مدد کرنا چاہتے ہیں۔ براہ کرم اپنی درخواست بروقت جمع کرائیں!
ہمیں آپ کی معلومات موصول ہونے تک آپ کو بل موصول ہو سکتے ہیں۔

رفاہی نگہداشت/مالی اعانت کی درخواست کا فارم – رازدارانہ

براہ کرم تمام معلومات مکمل طور پر پُر کریں۔ اگر اطلاق نہیں ہوتا ہے تو، "NA" لکھیں۔ اگر درکار ہو تو اضافی صفحات منسلک کریں۔

اسکریننگ کی معلومات

کیا آپ کو ایک ترجمان درکار ہے؟ ☐ **ہاں** ☐ **نہیں** *اگر ہاں تو، ترجیحی زبان درج کریں:*

کیا مریض نے Medicaid کے لیے درخواست دی ہے؟ ☐ **ہاں** ☐ **نہیں**

کیا مریض کو ریاستی عوامی خدمات جیسے TANF، بیسک فوڈ، یا WIC موصول ہوتی ہیں؟ ☐ **ہاں** ☐ **نہیں**

کیا مریض فی الحال بے گھر ہے؟ ☐ **ہاں** ☐ **نہیں**

کیا مریض کی طبی نگہداشت کی ضرورت کا ربط کسی کار حادثے یا جائے کار میں پہنچنے والی گزند سے ہے؟ ☐ **ہاں** ☐ **نہیں**

براہ کرم نوٹ کر لیں

- ہم یہ ضمانت نہیں دے سکتے ہیں کہ آپ مالی اعانت کے لیے اہل قرار پا سکتے ہیں، چاہے آپ درخواست دیں۔
- آپ کی درخواست آپ کے بھیج دینے پر، ہم سبھی معلومات کو چیک اور اضافی معلومات یا آمدنی کا ثبوت طلب کر سکتے ہیں۔
- آپ کی مکمل کردہ درخواست اور دستاویزی شہادت ہمیں موصول ہوجانے کے بعد 30 تقویمی دنوں کے اندر، ہم آپ کو مطلع کریں گے کہ آیا آپ اعانت کے لیے اہل قرار پاتے ہیں۔

مریض اور درخواست دہندہ کی معلومات

مریض کا پہلا نام	مریض کا درمیانی نام	مریض کا آخری نام
☐ مرد ☐ خاتون ☐ دیگر (____________ بیان کر سکتے ہیں)	تاریخ پیدائش	مریض کا سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری*) **اختیاری، مگر ریاستی قانون کے تقاضوں سے زائد فراخدلانہ اعانت کے لیے درکار ہے*

بل ادا کرنے کا ذمہ دار فرد	مریض سے رشتہ	تاریخ پیدائش	سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری*) **اختیاری، مگر ریاستی قانون کے تقاضوں سے زائد فراخدلانہ اعانت کے لیے درکار ہے*

ڈاک کا پتہ ________________________________ ________________________________ شہر ریاست زپ کوڈ	اصل رابطہ نمبر (نمبرز): ( ) ____________ ( ) ____________ ای میل پتہ: ____________

بل ادا کرنے کےذمہ دار فرد کی ملازمتی حیثیت

☐ **بر سر ملازمت** (بحالی کی تاریخ: ____________) ☐ **بے روزگار** (کتنے عرصہ سے بے روزگار ہے:____________)

☐ **خود کا روزگار** ☐ **طالب علم** ☐ **معذور** ☐ **سبکدوش** ☐ **دیگر** (____________)

خاندان کی معلومات

آپ سمیت، آپ کے گھرانے میں موجود خاندان کے اراکین کو درج کریں۔ "خاندان" میں پیدائش، شادی یا تبنیت کے ذریعہ تعلق رکھنے والے وہ افراد شامل ہوتے ہیں جو ایک ساتھ رہتے ہوں

خاندان کا سائز ____________ *اگر ضرورت ہو تو اضافی صفحہ منسلک کریں*

نام	تاریخِ پیدائش	مریض سے رشتہ	اگر عمر 18 سال یا اس سے زائد ہو: آجر (آجرین) کا نام یا آمدنی کا ماخذ	اگر عمر 18 سال یا اس سے زائد ہو: کل مجموعی ماہانہ آمدنی (ٹیکس سے قبل):	مالی اعانت کے لیے بھی درخواست دے رہے ہیں؟
					ہاں / نہیں
					ہاں / نہیں
					ہاں / نہیں
					ہاں / نہیں

Providence

خاندان کے سبھی بالغ افراد کی آمدنی کا افشاء کرنا ضروری ہے۔ آمدنی کے ماخذ میں شامل ہے، مثلاً:
- اجرتیں - بے روزگاری - خود کا روزگار - ورکرز کمپنسیشن - معذوری - SSI - بچہ/شریک حیات کا نان و نفقہ
- ورک اسٹڈی پروگرامز (طلبہ) - پنشن - ریٹائرمنٹ اکاؤنٹ ڈسٹریبیوشنز - دیگر (*براہ کرم واضح کریں*_______________)

رفاہی نگہداشت/مالی اعانت کی درخواست کا فارم – رازدارانہ

آمدنی کی معلومات

***یاد رکھیں:** آپ کو اپنی درخواست کے ساتھ آمدنی کا ثبوت شامل کرنا ضروری ہے۔*

آپ کو اپنے خاندان کی آمدنی کی بابت معلومات فراہم کرنا ضروری ہے۔ مالی اعانت کا تعین کرنے کے لیے آمدنی کی تصدیق مطلوب ہے۔
18 سال یا اس سے زائد عمر کے خاندان کے سبھی افراد کو اپنی آمدنی کا افشاء کرنا ضروری ہے۔ اگر آپ دستاویزی شہادت فراہم نہیں کر سکتے ہیں تو، آپ اپنی آمدنی کا ذکر کرتے ہوئے ایک تحریری دستخط کردہ بیان جمع کروا سکتے ہیں۔ براہ کرم آمدنی کے ہر ایک شناخت کردہ ماخذ کا ثبوت فراہم کریں۔
آمدنی کے ثبوت کی مثالوں میں شامل ہیں:

- ایک "W-2" ودہولڈنگ اسٹیٹمنٹ؛ یا
- تنخواہ کی موجودہ پرچیاں (*3 ماہ*)؛ یا
- پچھلے سال کا انکم ٹیکس ریٹرن، بشمول شیڈولز اگر قابل ہو؛ یا
- آجروں یا دوسروں کی جانب سے تحریری، دستخط کردہ اسٹیٹمنٹس؛ یا
- Medicaid اور/یا ریاست سے فنڈ یافتہ طبی اعانت کے لیے اہلیت کی منظوری/تردید؛ یا
- بے روزگاری معاوضہ کے لیے اہلیت کی منظوری/تردید۔

اگر آپ کے پاس آمدنی کا کوئی ثبوت نہیں ہے یا کوئی آمدنی نہیں ہے تو، براہ کرم وضاحت پر مشتمل ایک اضافی صفحہ منسلک کریں۔

خرچ کی معلومات

ہم یہ معلومات آپ کی مالی صورتحال کی ایک مکمل تصویر حاصل کرنے کے لیے استعمال کرتے ہیں۔

ماہانہ گھریلو اخراجات:

کرایہ/رہن	$________________________	طبی اخراجات	$________________________
بیمہ کی قسطیں	$________________________	واجبات	$________________________
دیگر قرض/اخراجات	$________________________	(*بچے کا نان و نفقہ، قرضے، دوائیں، دیگر*)	

اثاثہ کی معلومات

اگر آپ کی آمدنی وفاقی افلاس کے رہنما خطوط سے 101% سے زیادہ ہو تو یہ معلومات استعمال کی جا سکتی ہیں۔

موجوہ چیکنگ اکاؤنٹ کا بیلنس
$______________________________

موجوہ سیونگز اکاؤنٹ کا بیلنس
$______________________________

کیا آپ کے خاندان کے پاس دیگر اثاثے ہیں؟
براہ کرم ان سبھی کو نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں

□ اسٹاکس □ بونڈز □ 401K □ ہیلتھ سیونگز اکاؤنٹ (اکاؤنٹس) □ ٹرسٹ (ٹرسٹس)
□ جائیداد (بنیادی رہائش کو چھوڑ کر) □ ایک کاروبار کے مالک ہیں

اضافی معلومات

اگر آپ کی موجودہ مالی صورتحال کے بارے میں دیگر ایسی اضافی معلومات ہوں جو آپ ہمیں بتانا چاہتے ہوں، جیسے مالی پریشانی، موسمی یا عارضی آمدنی، یا ذاتی خسارہ تو، براہ کرم ایک اضافی صفحہ منسلک کریں۔

مریض کا اقرارنامہ

میں سمجھتا ہوں کہ Providence ہیلتھ اینڈ سروسز کریڈٹ کی معلومات کا جائزہ لے کر اور مالی اعانت یا ادائیگی کے منصوبوں کے لیے اہلیت کا تعین کرنے میں اعانت کے لیے دیگر مآخذ سے معلومات حاصل کرکے معلومات کی توثیق کر سکتی ہے۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ معلومات میری بہترین معلومات کی حد تک صحیح اور درست ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اگر میری دی گئی معلومات کے غلط ہونے کا فیصلہ کیا جاتا ہے تو اس کے نتیجے میں مالی اعانت مسترد ہو سکتی ہے اور فراہم کردہ خدمات کے لیے ادائیگی کرنے کا میں ذمہ دار ہوں گا یا مجھ سے اس کی توقع کی جائے گی۔

________________________________ ________________________________
درخواست دینے والے فرد کے دستخط تاریخ