



ایلی نوانس کے مقیم افراد
مالی امداد کے لیے درخواست

معلومات جو آپ کو جاننا چاہیے

اہم: آپ مفت یا رعایتی شرح پر نگہداشت حاصل کرنے کے اہل ہوسکتے ہیں: اس درخواست کے مکمل کرنے پر کک کاؤنٹی ہیلتھ اینڈ ہاسپٹل سسٹم کو یہ متعین کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا آپ مفت یا رعایتی شرح پر خدمات حاصل کرسکتے ہیں یا کوئی سرکاری پروگرام ایسا ہے جو آپ کی نگہداشت صحت کی ادائیگی کرنے میں آپ کی مدد کرسکتا ہے۔ براہ کرم اس درخواست کو اسپتال میں جمع کرائیں۔

اگر آپ کا بیمہ نہیں ہے، تو مفت یا رعایتی شرح پر دیکھ بھال کے حصول کے لیے سوشل سیکوریٹی نمبر کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔ تاہم، بعض سرکاری پروگراموں، بشمول میڈیکیڈ کے لیے سوشل سیکوریٹی نمبر ضروری ہوتا ہے۔ سوشل سیکوریٹی نمبر فراہم کرنا ضروری نہیں ہے، لیکن اس سے اسپتال کو اس امر کا تعین کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا آپ کسی سرکاری پروگرام کے لیے اہل ہیں۔

مفت یا رعایتی شرح پر نگہداشت حاصل کرنے کے لیے براہ کرم اس فارم کو مکمل کریں اور تمام مطلوبہ تصدیقوں/دستاویزات کے ساتھ، اسپتال سے رخصت ہونے یا بیرونی مریض کے بطور معالجہ پانے کے 90 دنوں کے اندر اسے دستی طور پر، بذریعہ ڈاک، بذریعہ الیکٹرانک میل، یا فیکس اسپتال میں جمع کرائیں۔

اوک فاریسٹ ہیلتھ سینٹر
مالی امداد کا دفتر
15900 S. CICERO. BUILDING E
OAK FOREST, IL 60453
فون نمبر: (866) 2817-223
فیکس نمبر: (708) 3427-633

جان ایچ اسٹروجر جونیئر اسپتال
مالی امداد کا دفتر
1901 W. HARRISON AVE., ROOM 1690
CHICAGO, IL 60612
فون نمبر: (866) 2817-223
فیکس نمبر: (312) 9136-864

پروویڈنٹ اسپتال
مالی امداد کا دفتر
OLD SEGSTACKE BLDG, 1ST FL
CHICAGO, IL 60615
فون نمبر: (866) 2817-223
فیکس نمبر: (312) 2375-572

ای میل: mycookcountyhealth.com

مریض/مریضہ اس امر کی تصدیق کرتا/کرتی ہے کہ اس نے نیک نیتی سے درخواست میں تمام مطلوبہ معلومات فراہم کرنے کے کوشش کی ہے تاکہ اسپتال کو اس امر کا تعین کرنے میں مدد ہو کہ آیا مریض/مریضہ مالی امداد کے لیے اہل ہے۔

1. مریض کی معلومات

نام _____
آخری پہلا _____
درمیانی _____

تاریخ پیدائش _____
سوشل سیکوریٹی نمبر (غیر بیمہ شدہ ہے تو درکار نہیں ہے) _____

پتہ _____
اپارٹمنٹ نمبر _____

شہر _____
کاؤنٹی _____
اسٹیٹ _____
زپ کوڈ _____

گھر کا ٹیلیفون نمبر _____
کام کا نمبر _____
سیل نمبر _____

ای میل پتہ _____

کیا اس وقت آپ ایلی نوانس کے مقیم تھے جب نگہداشت فراہم کی گئی تھی؟ _____

کیا آپ کسی مبینہ حادثہ میں ملوث تھے؟ _____

کیا آپ کسی مبینہ جرم کے شکار ہوئے تھے؟ _____

2. مریض کے ضامن (اگر قابل اطلاق ہو، مریض کی شریک حیات، ساتھی یا ایک نابالغ کے والدین یا سرپرست ہو سکتے ہیں)

نام _____ آخری _____ پہلا _____ درمیانی _____
 پتہ _____ اپارٹمنٹ نمبر _____
 شہر _____ کاؤنٹی _____ اسٹیٹ _____ زپ کوڈ _____
 گھر کا ٹیلیفون نمبر _____ - _____ - _____ سیل نمبر _____ - _____ - _____

3. فیملی/گھرانے کی معلومات

براہ کرم مریض کی فیملی/گھرانے میں افراد کی تعداد فراہم کریں؟ _____

مریض کی زیر کفالت افراد کی تعداد فراہم کریں؟ _____

براہ کرم نیچے کے ٹیبل میں مریض کے ہر ایک زیر کفالت فرد کی عمر فراہم کریں:

| عمر | زیر کفالت فرد |
|-----|---------------|
| | .1 |
| | .2 |
| | .3 |
| | .4 |
| | .5 |
| | .6 |
| | .7 |
| | .8 |
| | .9 |
| | .10 |

4. فیملی کی آمدنی اور روزگار کی معلومات

کیا مریض یا مریض کی شریک حیات یا ساتھی فی الحال برسر روزگار ہیں؟ _____ ہاں _____ نہیں

اگر ہاں، تو تمام آجروں کی حسب ذیل معلومات فراہم کریں:

| ٹیلیفون | پتہ (اسٹریٹ کا پتہ، شہر، اسٹیٹ زپ کوڈ) | اجر کا نام |
|---------|---|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

اگر مریض نابالغ ہے، تو کیا مریض کے والدین یا سرپرست فی الحال برسر روزگار ہیں؟ _____ ہاں _____ نہیں

اگر ہاں، تو تمام آجروں کی حسب ذیل معلومات فراہم کریں:

| ٹیلیفون | پتہ (اسٹریٹ کا پتہ، شہر، اسٹیٹ زپ کوڈ) | اجر کا نام |
|---------|---|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

اگر مریض طلاق یافتہ یا خلع یافتہ ہے یا کسی تحلیلی کارروائی میں ایک فریق تھا/تھی، کیا مریض کی سابق شریک حیات یا ساتھی تحلیلی کارروائی یا خلع نامہ کے تحت مریض/مریضہ کی طبی نگہداشت کے لیے مالی طور پر ذمہ دار ہے؟ _____ ہاں _____ نہیں

آپ کی فیملی کی ماہانہ مجموعی آمدنی کتنی ہے (بشمول ان معاملات کے جن میں شریک حیات یا ساتھی مریض کے لیے مالی طور پر ضامن ہے یا جس میں والدین یا سرپرست کسی نابالغ کے لیے ضامن ہیں)؟ \$ _____

فیملی کی مجموعی ماہانہ آمدنی (ان سبھی پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہو):

_____ اجرت

_____ ذاتی روزگار

_____ بے روزگاری کا معاوضہ

_____ سوشل سیکوریٹی

_____ سوشل سیکوریٹی معذوری

_____ سابق فوجی کی پینشن

_____ سابق فوجی کی معذوری

_____ نجی معذوری

_____ مزدوروں کا معاوضہ

_____ ضرورت مند خاندانوں کے لیے عارضی امداد

_____ سبکدوشی آمدنی

_____ بچوں کی اعانت، نان و نفقہ یا شریک حیات کی جانب سے دیگر اعانتیں

_____ دیگر آمدنی

5. بیمہ/فوائد کی معلومات

کیا آپ یا آپ کی شریک حیات کو کسی قسم کے صحت بیمہ احاطہ تک رسائی دستیاب ہے؟ _____ ہاں _____ نہیں

اگر ہاں تو براہ کرم ذریعہ فراہم کریں (ان تمام پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہے):

_____ صحت بیمہ

_____ میڈی کیئر

_____ میڈی کیئر پارٹ ڈی

_____ میڈی کیئر ضمیمہ

_____ میڈی کیئر

_____ سابق فوجیوں کے فوائد

6. ماہانہ اخراجات

نوٹ کر لیں کہ اگر مریض ممکنہ طور پر اہلیت کی کسوٹی پر پورا اترتا ہے، جیسا کہ اس درخواست میں واضح کیا گیا ہے، یا دوسری صورت میں مریض کی فیملی کی آمدنی کی بناء پر وہ ممکنہ طور پر اس کا اہل ہے، تو مریض کو اس فارم کے مابانہ اخراجات کی معلومات والا حصہ مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

| کل رقم | دیگر اخراجات | طبی اخراجات | قرضہ جات | بچوں کی دیکھ بھال | نقل و حمل | کھانا | یوٹیلیٹیز | باؤسنگ |
|--------|--------------|-------------|----------|-------------------|-----------|-------|-----------|--------|
| \$ | | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |

مریض کی توثیق

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست میں دی گئی معلومات میرے بہترین علم کے مطابق درست ہیں۔ میں اس اسپتال کے بل کی ادائیگی کے لیے کسی ریاستیم وفاقی یا مقامی امداد کی درخواست کروں گا جس کے لیے میں اہل ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ فراہم کردہ معلومات کی تصدیق اسپتال کے ذریعہ کی جائے گی، اور میں اسپتال کو اجازت دیتا ہوں کہ اس درخواست میں دی گئی معلومات کی درستگی کی تصدیق کے لیے فریقین ثالث سے رابطہ کرے۔ میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں نے جان بوجھ کر اس درخواست میں کوئی غلط معلومات فراہم کی ہو، تو میں مالی امداد کے لیے نا اہل ہوجاؤں گا، کوئی بھی عطا کردہ مالی امداد واپس لے لی جاسکتی ہے، اور میں اسپتال کے بل کی ادائیگی کا ذمہ دار رہوں گا۔

تاریخ

مریض یا درخواست کنندہ کے دستخط