

ہسپتال یا کلینک کا مقام: براہ کرم وہ مقام (مقامات) منتخب کریں جہاں مریض کو نگہداشت موصول ہوئی (موصول ہوگی)

A

HF Macomb Hospital HF Kingswood Hospital Henry Ford Hospital
HF Allegiance Hospital HF West Bloomfield Hospital HF Medical Centers
یا HF Wyandotte Hospital
HF Health Center Brownstown

(دیگر، براہ کرم بیان کریں) _____)

مریض کے لیے معلومات: نگہداشت موصول کرنے والے مریض کے بارے میں براہ کرم یہ سیکشن مکمل کریں

B

مریض کا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
سوشل سیکیورٹی نمبر: _____ MRN: _____ ضامن کی آئی ڈی: _____

ذمہ دار فریق (ضامن): براہ کرم طبی بل کی ادائیگی کرنے والے فرد کے بارے میں یہ سیکشن مکمل کریں

C

ذمہ دار فریق کا نام: _____ (اگر سیکشن B سے مختلف ہو) مریض سے رشتہ: _____
اسٹریٹ کا پتہ: _____ ٹیلیفون: _____
شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____ کاؤنٹی: _____
آجر: _____ کل وقتی جز وقتی دفتر کا فون: _____

صحت بیمہ کی اہلیت کی تصدیق

D

<p>4. کیا آپ کا آجر یا شریک حیات کا آجر گروپ صحت بیمہ پیش کرتا ہے؟</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>a4. کیا آپ کے پاس پچھلے 3 تا 6 مہینوں میں آپ کے آجر کی معرفت کوریج تھا؟</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>اگر ہاں تو، کیا COBRA دستیاب ہے؟</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p>	<p>1. کیا آپ نے Medicare یا Medicaid کے لیے درخواست دی ہے یا اس سے آپ کو منع کیا گیا ہے؟</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>اگر آپ کو Medicaid سے منع کیا گیا تھا تو کیا وہ ممانعت پچھلے 90 دنوں کے اندر ہوئی تھی؟</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p>
<p>5. کیا آپ کے پاس کوئی دیگر صحت بیمہ ہے؟</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>اگر ہاں تو، براہ کرم بیمہ کی معلومات فراہم کریں:</p>	<p>2. کیا آپ درج ذیل سے متعلق خدمات کے لیے مالی اعانت کی درخواست دے رہے ہیں:</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>a2. موٹر گاڑی سے حادثہ (Motor Vehicle Accident, MVA)</p> <p>b2. جرم سے متاثر</p> <p>c2. ورکرز کمپنیشن</p> <p>d2. دیگر ضرر (جیسے پھسلنا اور گرنا)</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p>
<p>6. کیا آپ Henry Ford Health System کے سروس ایریا میں رہنے والے مستقل مکین ہیں؟</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p>	<p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p> <p>□ ہاں □ نہیں</p>

گھرانے کے ممبران اور ملازمت سے گھرانے کی آمدنی

E

آپ کے گھرانے میں کتنے لوگ ہیں؟ _____
گھرانے کا جو کوئی ممبر آمدنی کمانے والا ہے براہ کرم اسے درج کریں (اگر درکار ہو تو دوسری شیٹ منسلک کریں):

گھرانے کے ممبر کا نام	درخواست دہندہ سے رشتہ	ماہانہ مجموعی آمدنی (کٹوتی سے قبل)
		\$
		\$
		\$
		\$
	کل ماہانہ مجموعی آمدنی	\$

گھرانے کے اثاثے

G

گھرانے کی دیگر آمدنی (غیر ملازمت)

F

کل	اثاثے کی قسم
\$	نقد
\$	سیونگز اکاؤنٹ
\$	چیکنگ اکاؤنٹ
\$	اسٹاکس
\$	بانڈز
\$	سیونگز بانڈز
\$	سرٹیفکیٹس آف ڈپازٹس (Certificates of Deposit, CDs)
\$	منی مارکیٹ اکاؤنٹس
\$	میوچونل فنڈز
\$	ٹرسٹس
\$	کل اثاثے

رقم فی ماہ	آمدنی کے دیگر ذرائع
\$	امداد اطفال/نفقہ
\$	فوسٹر کینر، ٹاؤن شپ ٹرسٹی، چرچ سے ہونے والی آمدنی، وغیرہ۔
\$	پنشن، سوشل سیکیورٹی، سوشل سیکیورٹی ڈس ایبلٹی
\$	کرایے کا مکان
\$	سالیانے، سود، ریٹائرمنٹ ڈسٹریبیوشن
\$	بے روزگاری یا ورکز کمپنیشن
\$	دیگر (براہ کرم بیان کریں)
\$	کل دیگر آمدنی کے ذرائع

گھرانے کے ماہانہ اخراجات

H

خرچ کی قسم	رقم فی ماہ
کرایہ	\$
رہن	\$
امداد اطفال	\$
کریاتہ سامان	\$
گاڑی کی ادائیگی	\$
عام بل	\$
کل ماہانہ گھریلو اخراجات:	\$

اجازت نامہ

I

میں معرفت ہذا اس درخواست میں درج معلومات HFHS کی پالیسیوں اور طریق کار کے مطابق مالی اعانت کے لیے میری اہلیت کا تعین کرنے کے لیے Henry Ford Health System (HFHS) کو جاری کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں HFHS کو حسب ضرورت ان معلومات کی تصدیق کرنے کی اجازت دیتا ہوں، جن میں کریڈٹ بیورو رپورٹ حاصل کرنا، ملازمت اور/یا آمدنی کی تصدیق کرنا، اور مناسب تائیدی دستاویزات حاصل کرنا بلا تحدید شامل ہو سکتے ہیں۔ اس درخواست میں میری فراہم کردہ تمام معلومات اور آمدنی کی دستاویزی شہادت ویسے ہی صحیح، درست اور مکمل ہیں جیسی دکھائی گئی ہیں۔ اگر کبھی بھی یہ تعین ہوتا ہے کہ میری فراہم کردہ معلومات غلط یا نادرست تھیں تو، تمام مالی اعانت واپس لے لی جائے گی، اور میں کسی بھی یا تمام بقایا بیلنس کی پوری اور فوری ادائیگی کی ذمہ داری قبول کروں گا۔ میں مالی اعانت میں کسی جزوی ٹسکاونٹ کے بعد کسی باقی ماندہ رقم کی ادائیگی کی ذمہ داری بھی قبول کرتا ہوں۔

پرنت نام: _____ مریض سے رشتہ: _____
دستخط: _____ تاریخ: _____

براہ کرم توثیق کریں کہ آپ نے اپنی درخواست واپس کرنے سے قبل آپ کی درخواست پر کارروائی کرنے کے لیے درکار تمام قابل اطلاق دستاویزی شہادت مکمل کر لی اور فراہم کر دی ہیں:

<input type="checkbox"/> درخواست کے تمام صفحات، بشمول دستخط اور تاریخ مکمل کر لیا ہے	<input type="checkbox"/> بالکل حالیہ سال کے اجرت اور ٹیکس کے گوشوارے (فارم W-2) اور یا متفرق آمدنی (فارم 1099)	<input type="checkbox"/> گھرانے کے ہر ممبر کی پچھلے 2 ماہ کی ادائیگی کی پرچیاں نیز سال کی اب تک کی کمائیاں
<input type="checkbox"/> حالیہ ترین سال کے لیے وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن (فارم 1040)	<input type="checkbox"/> مشیگن کے درست ڈرائیونگ لائسنس یا مشیگن ریاست کے شناختی کارڈ کی کاپی	<input type="checkbox"/> پچھلے دو ماہ کے تازہ ترین بینک گوشوارے: چیکنگ/سیونگ
<input type="checkbox"/> دیگر آمدنی کا ثبوت (جیسے کرایے سے ہونے والی آمدنی، وغیرہ)	<input type="checkbox"/> اگر آپ کے پاس کوریج ہو تو، طبی بیمہ کارڈز کی کاپیاں شامل ہیں	<input type="checkbox"/> اگر آپ نے Medicaid کے لیے درخواست دی تھی یا اس سے انکار کر دیا گیا تھا تو اس سے انکار کے خط کی کاپی شامل ہے

براہ کرم نوٹ کر لیں کہ آپ کی درخواست کی مزید قدر پیمانی کے لیے ذاتی مالی ضرورت کے بیان کی درخواست کی جا سکتی ہے۔