

مریض کی مالی معاونت کا پروگرام
(Patient Financial Assistance Program)
Henry Ford Health System



ہسپتال یا کلینک کی جگہ: براہ مہربانی اس جگہ (ان جگہوں) کو منتخب کریں جہاں مریض نے نگہداشت حاصل کی ہے

A

HF Macomb Hospitals HF Kingswood Hospital Henry Ford Hospital
HF Health Center Brownstown یا HF Wyandotte Hospital HF West Bloomfield Hospital HF میڈیکل سینٹرز
دیگر (براہ مہربانی وضاحت کریں: _____) Henry Ford Allegiance Health

مریض کے بارے میں معلومات: براہ مہربانی اس حصے میں اس مریض کے سلسلے میں معلومات پر کریں جس نے نگہداشت حاصل کی ہے

B

مریض کا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
سوشل سیکورٹی نمبر: _____ ایم آر این: _____ ضامن کا شناختی کارڈ: _____

ذمہ دار پارٹی (ضامن): طبی بل کی ادائیگی کرنے والے شخص کے بارے میں اس حصے کو مکمل کریں

C

ذمہ دار پارٹی کا نام: _____ (اگر حصہ ب سے مختلف ہے)
مریض سے رشتہ: _____
گھر کا پتہ: _____ ٹیلی فون: _____
شہر: _____ ریاست: _____ زپ کوڈ: _____ کاؤنٹی: _____
آجر: _____ فل ٹائم پارٹ ٹائم کام کا فون: _____

صحت کے انشورنس کی اہلیت کی توثیق

D

1- کیا آپ Medicare کے لئے اہل ہیں؟ Medicare -1a حصہ الف Medicare -1b حصہ ب	5- کیا آپ کا آجر یا آپ کے شریک حیات کا آجر گروپ صحت کے انشورنس کی پیشکش کرتا ہے؟	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں جی ہاں
2- کیا آپ Medicaid کے لئے اہل ہیں؟	6- کیا آپ نے آجر کے ذریعہ گزشتہ 3-6 ماہ میں ایک کوریج لیا ہے؟	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں جی ہاں
3- کیا آپ ان خدمات کے لئے مالی معاونت کی درخواست دے رہے ہیں جو مندرجہ ذیل سے متعلق ہیں: Motor Vehicle Accident -3a (موٹر گاڑی کے حادثے، MVA) 3b جرم کا شکار 3c ملازمین کا معاوضہ 3d دیگر چوٹ (جیسے، پھسلنا اور گرنا)	7- کیا آپ صحت کی انشورنس کے تبادلے کے ذریعہ انشورنس کے لئے درخواست دینے کے اہل ہیں؟	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں جی ہاں <input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں جی ہاں
4- کیا آپ کے پاس کوئی دیگر صحت کی انشورنس ہے؟	8- کیا آپ ایک امریکی شہری یا قانونی باشندے ہیں؟	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> نہیں جی ہاں
4a- اگر ہاں، تو براہ مہربانی انشورنس کمپنی کی وضاحت کریں:			

گھر کے ارکان اور گھر کی روزگار سے آمدنی

E

آپ کے گھر میں کتنے لوگ ہیں؟ _____

براہ مہربانی گھر کے ہر اس رکن کا نام درج کریں جو پیسے کماتا ہے (اگر ضروری ہو تو اضافی ورق منسلک کریں):

گھر کے ارکان کے نام	درخواست گزار سے رشتہ	ماہانہ مجموعی آمدنی (کٹوتی سے پہلے)
		\$
		\$
		\$
		\$
	کل ماہانہ مجموعی آمدنی	\$

مریض کی مالی معاونت کا پروگرام
(Patient Financial Assistance Program)
Henry Ford Health System



گہرے اثاثہ جات

G

مجموعی	اثاثے کی قسم
\$	نقد
\$	بچت اکاؤنٹ
\$	چیک اکاؤنٹ
\$	صحت/میڈیکل بچت اکاؤنٹ
\$	سیال اثاثے (مثلاً اسٹاکس، بونڈز، آئی آر اے، جمع کردہ رقم کا سرٹیفکیٹ)
\$	کل اثاثہ جات

گہریلو دیگر آمدنی (ملازمت کے علاوہ)

F

رقم فی ماہ	دیگر آمدنی کے ذرائع
\$	بچے کی مدد
\$	رضاعی دیکھ بھال، Township، Trustee، چرچ کی آمدنی وغیرہ
\$	پنشن، سوشل سیکورٹی، سوشل سیکورٹی کی معذوری
\$	کرانے کی جائیداد
\$	سالانہ وظیفہ، سود، ریٹائرمنٹ کی تقسیم
\$	بے روزگاری یا ملازمین کا معاوضہ
\$	دیگر (براہ مہربانی وضاحت کریں)
\$	مجموعی دیگر آمدنی کے ذرائع

اجازت نامہ

H

میں اس کے ذریعہ سے HFHS کی پالیسیوں اور طریقہ کار کے مطابق مالی معاونت کے لئے اپنی اہلیت کی حیثیت کے تعین کے لئے Henry Ford Health System (HFHS) کو اس درخواست میں موجود معلومات فراہم کرنے کا اختیار دیتا ہوں۔ میں HFHS کو ضرورت کے مطابق ان معلومات کی تصدیق کرنے کا اختیار دیتا ہوں جن میں یہ چیزیں شامل ہو سکتی ہیں لیکن ان تک محدود نہیں ہیں، جیسے کریڈٹ بیورو رپورٹ حاصل کرنا، روزگار اور/یا آمدنی کی تصدیق کرنا، اور مناسب امدادی دستاویزات حاصل کرنا۔ اس درخواست میں میری طرف سے فراہم کردہ تمام معلومات اور آمدنی کے دستاویز صحیح، درست اور مکمل ہیں جیسا کہ دکھایا گیا ہے۔ اگر کسی بھی وقت یہ پتہ چلتا ہے کہ میری طرف سے فراہم کردہ معلومات غلط یا غیر درست ہے، تو تمام مالی معاونت کو الٹ دیا جائے گا، اور میں کسی بھی یا پوری بقایا رقم کو فوری اور مکمل طور پر ادا کرنے کے لئے ذمہ داری قبول کروں گا۔ میں کسی بھی جزوی مالی مدد کی چھوٹ کے بعد کسی بھی بقایا رقم کے لئے ادائیگی کی ذمہ داری قبول کرنے سے اتفاق کرتا ہوں۔

پرنت نام: _____

مریض سے رشتہ: _____

دستخط: _____

تاریخ: _____

براہ مہربانی اس بات کی تصدیق کریں کہ آپ نے اپنی درخواست کو واپس لوٹانے سے پہلے مندرجہ ذیل کو مکمل کر لیا ہے:

<input type="checkbox"/> امریکی شہریت کے ثبوت اور / یا قانونی رہائش کو شامل کر لیا ہے	<input type="checkbox"/> آمدنی کے ثبوت یا حمایت کے خط کو شامل کر لیا ہے	<input type="checkbox"/> درخواست کے تمام صفحات کو مکمل کر لیا ہے
<input type="checkbox"/> Medicaid کے انکار کے خط کی کاپی کو شامل کر لیا ہے، اگر آپ نے درخواست دی تھی اور آپ کو منع کر دیا گیا تھا	<input type="checkbox"/> طبی انشورنس کارڈ کی کاپیوں کو شامل کر لیا ہے، اگر آپ کے پاس کوریج ہے	<input type="checkbox"/> درخواست پر دستخط کر دیا ہے اور تاریخ ڈال دی ہے