

مریض کا نام: _____

MRN: _____

آپ مفت یا رعایت شدہ نگہداشت کے اہل ہو سکتے ہیں: یہ درخواست مکمل کرنا (NMHC) Northwestern Memorial HealthCare کی یہ تعین کرنے میں مدد کر سکتا ہے کہ آپ مفت یا رعایت شدہ سروسز یا دیگر پروگرامز موصول کر سکتے ہیں جو آپ کی صحت کی نگہداشت کے لیے ادائیگی میں مدد کر سکتے ہیں۔

اگر آپ انشورڈ نہیں ہیں تو مفت یا رعایت شدہ نگہداشت کے لیے سوشل سیکیورٹی نمبر درکار نہیں ہے۔

تاہم، کچھ عوامی پروگرامز بشمول Medicaid کے لیے سوشل سیکیورٹی نمبر کی ضرورت ہوتی ہے۔ سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کرنا ضروری نہیں ہے لیکن اس سے ہسپتال کو یہ تعین کرنے میں مدد ملے گی کہ آپ کسی عوامی پروگرام کے لیے کوالیفائی کرتے ہیں یا نہیں۔ مفت یا رعایت شدہ نگہداشت کی درخواست کرنے کے لیے ٹسچارج کی تاریخ سے یا بیرونی مریض کی نگہداشت وصول کرنے کے 240 دن کے اندر براہ کرم یہ فارم مکمل کریں اور اسے شخصی طور پر، بذریعہ ڈاک، ای میل یا فیکس جمع کروائیں۔ مریض تسلیم کرتا ہے کہ اس نے یہ تعین کرنے کے لیے کہ مریض مالیاتی معاونت کا اہل ہے یا نہیں NMHC کی معاونت کے واسطے درخواست میں مطلوبہ تمام معلومات فراہم کرنے کے لیے مخلصانہ کوشش کی ہے۔

اگر آپ انشورڈ نہیں ہیں اور مخصوص فرضی اہلیت کے معیار پر پورا اترتے ہیں تو آپ کو یہ درخواست مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

کم آمدنی والے افراد کے لیے معاونتی پروگرامز میں اندراج:

- Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC)
 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
 Illinois Free Lunch and Breakfast Program (LIHEAP)

- بے گھر ہونا
 مرحوم کی جائیداد نہ ہونا
 ذہنی معذوری اور مریض کا کوئی متولی نہ ہونا
 Medicaid کی اہلیت، لیکن سروس کی تاریخ نہیں

درخواست کنندہ			
تاریخ پیدائش		سوشل سیکیورٹی #	
Zip	ریاست	شہر	درخواست کنندہ کا نام
گھر کا پتہ		سیل فون نمبر	گھر کا فون نمبر
ای میل پتہ		رابطے کا ترجیحی طریقہ	
سالانہ گھریلو آمدنی		<input type="checkbox"/> سیل فون	<input type="checkbox"/> ای میل
آپ کی گھر میں رہنے والے افراد کی تعداد (جیسے آپ کے ٹیکسز پر رپورٹ کردہ ہے)		<input type="checkbox"/> گھر کا فون	<input type="checkbox"/> امریکی میل
		<input type="checkbox"/> علیحدہ	<input type="checkbox"/> شادی شدہ
		<input type="checkbox"/> طلاق یافتہ	<input type="checkbox"/> غیر شادی شدہ
		<input type="checkbox"/> بیوہ	<input type="checkbox"/> ملازمت پیشہ
		<input type="checkbox"/> معذور	<input type="checkbox"/> ذاتی ملازمت
		<input type="checkbox"/> ریٹائرڈ	<input type="checkbox"/> ملازمت کا اسٹیٹس
		<input type="checkbox"/> بے روزگاری - کام کرنے کی آخری تاریخ: _____	آجر کا نام
		سیل فون نمبر	آجر کا پتہ
Zip	ریاست	شہر	آجر کی جانب سے فراہم کردہ ہیلتھ انشورنس پلان کا نام (بشمول COBRA)
<input type="checkbox"/> ہیلتھ انشورنس فراہم کردہ نہیں ہے			

بمسفر/شریک حیات/والدین/ضامن کے دستخط (جب قابل اطلاق ہو)			
رشتہ <input type="checkbox"/> بمسفر <input type="checkbox"/> شراکت دار <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> ضمانتی <input type="checkbox"/> دیگر: _____			
تاریخ پیدائش		سوشل سیکیورٹی #	
نام		ملازمت کا اسٹیٹس	
		<input type="checkbox"/> ذاتی ملازمت	<input type="checkbox"/> ملازمت پیشہ
		<input type="checkbox"/> ریٹائرڈ	<input type="checkbox"/> معذور
		<input type="checkbox"/> بے روزگاری - کام کرنے کی آخری تاریخ: _____	آجر کا نام
		سیل فون نمبر	آجر کا پتہ
Zip	ریاست	شہر	آجر کی جانب سے فراہم کردہ ہیلتھ انشورنس پلان کا نام (بشمول COBRA)
<input type="checkbox"/> ہیلتھ انشورنس فراہم کردہ نہیں ہے			

انشورنس کوریج			
1. کیا آپ کسی ہیلتھ انشورنس پالیسی سے کور شدہ یا اس کے لیے اہل ہیں بشمول بیرونی کوریج، ہیلتھ انشورنس مارکیٹ پلیس، فوجی کے فوائد، ہاں <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>			
Medicaid اور Medicare؟			
a. اگر ہاں، تو براہ کرم مندرجہ ذیل معلومات فراہم کریں:			
پالیسی ہولڈر	انشورر	پالیسی نمبر	
پالیسی ہولڈر	انشورر	پالیسی نمبر	

سوالات	
1. کیا نگہداشت موصول کرتے وقت آپ الینوائے کے رہائشی تھے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
2. کیا آپ الینوائے میں امریکی ویزہ پر رہنے والے غیر ملکی باشندے ہیں؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
a. اگر ہاں تو کس قسم کا ویزا؟	_____
3. کیا آپ ہمارے ایمرجنسی روم میں موصول کی گئی نگہداشت کے لیے مالیاتی معاونت ڈھونڈ رہے ہیں؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
4. اگر آپ طلاق یافتہ یا علیحدگی اختیار کیے ہوئے ہیں، تو کیا آپ کے سابقہ ہمسفر/شریک حیات تنسیخی یا علیحدگی کے معاہدے کی رو سے	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
طبی نگہداشت کے مالی طور پر ذمہ دار ہیں؟	ناقابل اطلاق <input type="checkbox"/>
5. کیا فراہم کردہ علاج مندرجہ ذیل میں سے کسی سے متعلق ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
□ حادثہ □ جرم □ ملازمت کی جگہ پر زخمی ہونا □ دیگر: _____	
6. کیا آپ نے کسی اٹارنی کو ہائر کیا ہے یا آپ اپنے زخم یا مرض کے کسی کلیم کی پیروی کر رہے ہیں؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
a. اگر ہاں تو براہ کرم یہ فراہم کریں:	_____
اٹارنی کا نام	اٹارنی کا فون نمبر
7. کیا آپ نے پہلے ہی Medicaid کے لیے اپلائی کیا ہوا ہے؟ (آپ کا ایسا کرنا ہمیں مطلوب ہو سکتا ہے) ہاں - منظوری کا انتظار ہے ہاں - اہل نہیں	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
a. اگر نہیں تو براہ کرم مندرجہ ذیل میں ان سب پر نشان لگائیں جو لاگو ہوتے ہیں:	
□ آپ 19 سال یا اس سے کم عمر ہیں	□ آپ 65 سال یا اس سے زیادہ کے ہیں
□ آپ ذیابیطس، بلند فشار خون یا مرگی کو کنٹرول	□ سوشل سیکورٹی انتظامیہ کے مطابق
□ کرنے کے لیے اہل ہوتے ہیں	□ آپ معذور ہیں
□ آپ نابینا ہیں	□ آپ حاملہ ہیں
□ آپ کے 19 سال سے کم عمر بچے ہیں جو آپ کے ساتھ رہتے ہیں	□ آپ کے 19 سال سے کم عمر بچے ہیں جو آپ کے ساتھ رہتے ہیں

اثاثے	
1. جائیداد: براہ کرم کسی بھی جائیداد سے متعلق معلومات فراہم کریں (عمارتیں اور/یا زمین) آپ کی بنیادی رہائش کے علاوہ جو آپ کے زیر ملکیت ہے۔	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
a. جائیداد پر واجب الادا رقم کو منہا کر کے تمام عمارتوں اور زمین کی قیمت کیا ہے؟	□ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
i. کیا یہ جائیداد آمدنی کے ذریعے کے بطور استعمال ہوتی ہے؟	□ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
b. جائیداد پر واجب الادا رقم کو منہا کر کے زمین (عمارتوں کے بغیر) کی قیمت کیا ہے؟	□ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
i. کیا یہ جائیداد آمدنی کے ذریعے کے بطور استعمال ہوتی ہے؟	□ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
2. بینک اکاؤنٹس/سررمیہ کاری: براہ کرم مندرجہ ذیل سبھی کے لیے کل موجودہ بیلینس مندرج کریں۔	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
a. چیکنگ/سیوننگز/کریڈٹ اکاؤنٹس:	□ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
b. دیگر انویسٹمنٹس (پائٹرز، اسٹاکس وغیرم علاوہ IRA اور/یا ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس):	□ ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست کی معلومات میری بہترین جان کاری کے مطابق سچ اور درست ہیں۔ میں ہسپتال کا یہ بل ادا کرنے کے لیے کسی بھی ریاستی، وفاقی یا مقامی معاونت کے لیے اپلائی کروں گا/گی جس کے لیے میں اہل ہو سکتا/سکتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ NMHC فراہم کردہ معلومات کی توثیق کر سکتا ہے اور میں NMHC کو فریقین ثالث سے اس درخواست میں موجود معلومات کی درستگی کی توثیق کرنے کے لیے رابطہ کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میں جان بوجہ کر اس درخواست میں کوئی جھوٹی معلومات فراہم کرتا/کرتی ہوں، یا اگر بصورت دیگر درخواست میں کوئی مواد پر مبنی غلطی یا غفلت ہے تو میں مالیاتی معاونت کا اہل نہیں ہوں گا/گی، یا مجھے فراہم کردہ کسی بھی قسم کی مالیاتی معاونت واپس لی جا سکتی ہے اور میں اس بل کی ادائیگی کا ذمہ دار ہوں گا۔

بمسفر/شریک حیات/والدین/ضامن کے دستخط (جب قابل اطلاق ہو)

درخواست کنندہ کے دستخط

تاریخ

تاریخ

براہ کرم مکمل کردہ درخواست اور سپورٹنگ دستاویزات یہاں واپس کریں:

Northwestern Memorial HealthCare

متوجہ ہوں: مالیاتی کونسلنگ

675 North Saint Clair • 2-110

Chicago, IL 60611

312.926.6906 یا 800.423.0523 ٹیلیفون

312.694.0447 فیکس

finapps@nm.org

مالیاتی معاونت کے لیے درکار سپورٹنگ دستاویزات

براہ کرم ذیل میں درخواست کردہ دستاویزات فراہم کریں۔ کوئی بھی مطلوبہ دستاویزات شامل نہ ہونے کی صورت میں آپ کی درخواست میں تاخیر ہوگی یا اسے مسترد کر دیا جائے گا۔ اگر آپ دستاویز فراہم نہیں کر سکتے تو براہ کرم ایک وضاحتی خط فراہم کریں۔

بنیادی دستاویزات:

- ٹیکس دستاویزات: اپنا سب سے حالیہ فیڈرل ٹیکس ریٹرن اور 2-W یا IRS فارم T-4506 فراہم کریں: ٹیکس ریٹرن کی ٹرانسکرپٹ کے لیے درخواست کریں۔
- حکومت کی جانب سے فراہم کردہ درست تصویری ID:
 - ڈرائیورز لائسنس، پاسپورٹ وغیرہ۔
- الینوائے کی رہائش کا ثبوت: مندرجہ ذیل میں سے کم از کم ایک دستاویز فراہم کریں۔
 - حکومت کی جانب سے فراہم کردہ درست تصویری ID یا ڈرائیور کا لائسنس
 - الینوائے کے پتے کے ساتھ حالیہ پوٹیلیٹی بل
 - IL ووٹر رجسٹریشن کارڈ
 - حکومت یا دیگر معتبر ذریعے سے درخواست کنندہ کو کی گئی موجودہ میل
 - بے گھر کی پناہ گاہ کی جانب سے خط
- آمدنی کا ثبوت: ذیل میں مندرجہ تمام قابل اطلاق دستاویزات فراہم کریں۔
 - آپ کے دو سب سے حالیہ بے روزگاری کے چیکس یا اسٹیپس
 - آپ کے دو سب سے حالیہ بے روزگاری کے چیکس یا اسٹیپس
 - آپ کے دو سب سے حالیہ سوشل سیکورٹی چیکس یا اسٹیپس
- اثاثوں کا ثبوت: تمام چیکنگ، سیونگ اور کریڈٹ یونین اکاؤنٹس کے لیے اپنی دو حالیہ ترین اسٹیٹمنٹس فراہم کریں۔
- مکمل اور دستخط شدہ درخواست

سپلیمینٹل/دیگر دستاویزات:

- غیر اجرتی آمدنی کا ثبوت: مندرجہ ذیل قابل اطلاق دستاویزات فراہم کریں صرف اس صورت میں کہ اگر آپ نے گزشتہ کیلنڈر سال کا ٹیکس ریٹرن جمع نہیں کروایا ہے یا اگر مندرجہ ذیل میں سے کوئی ذرائع اس کیلنڈر سال اور گزشتہ کیلنڈر سال کے دوران تبدیل ہوں گے۔
 - نان نفقے کے آمدنی کی اسٹیٹمنٹ
 - کاروباری آمدنی کی اسٹیٹمنٹ
 - ریٹائرمنٹ یا پنشن آمدنی کی اسٹیٹمنٹ
- اگر شادی شدہ ہیں یا سول یونین میں ہیں: اپنے ہمسفر/شریک حیات سے متعلق مندرجہ ذیل قابل اطلاق دستاویزات فراہم کریں
 - آمدنی اور غیر اجرتی آمدنی کا ثبوت (جیسے اوپر وضاحت کی گئی ہے)
 - فیڈرل ٹیکس ریٹرن اور 2-W یا IRS فارم T-4506: ٹیکس ریٹرن کی ٹرانسکرپٹ کے لیے درخواست کریں۔
 - تمام چیکنگ، سیونگ اور کریڈٹ یونین اکاؤنٹس کے لیے حالیہ ترین اسٹیٹمنٹس
- سپلیمینٹل/دیگر (اگر قابل اطلاق ہوں):
 - اگر غیر ملکی شہری ہیں تو آپ کے پاسپورٹ اور امریکہ کے ویزا کی کاپی
 - ہیلتھ انشورنس کارڈ (براہ کرم آگے اور پیچھے سے کاپی کریں)
 - Medicaid منظوری/نا منظوری کا لیٹر
 - سپورٹ کا لیٹر (یعنی کہ اگر آپ کے گزر زندگی کے اخراجات کوئی دوسرا فریق ادا کر رہا ہے)