

## خیراتی نگہداشت/ مالی تعاون کے درخواست فارم کی ہدایات

یہ (Overlake Hospital Medical Center (OHMC اور/ یا Overlake Medical Clinics, LLC (OMC) میں مالی تعاون (جسے خیراتی نگہداشت کے طور پر بھی جانا جاتا ہے) کے لیے ایک درخواست ہے۔

ریاست واشنگٹن، تمام اسپتالوں سے تقاضہ کرتی ہے کہ بعض آمدنی کے لوازمات پورے کرنے والے لوگوں اور خاندانوں کو مالی امداد فراہم کریں۔ آپ اپنے خاندان کے سائز اور آمدنی کی بنیاد پر مفت نگہداشت یا کم قیمت والی نگہداشت کے اہل ہو سکتے ہیں، چاہے آپ صحت کا بیمہ رکھتے ہوں۔ مالی تعاون کی پالیسی کو [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies) پر ملاحظہ کیا جا سکتا ہے۔

**مالی تعاون کس چیز کا احاطہ کرتا ہے؟** مالی تعاون OHMC اور/ یا OMC کی طرف سے فراہم کردہ مناسب خدمات کا آپ کی اہلیت کی بنیاد پر احاطہ کرتا ہے۔ مالی تعاون نگہداشت صحت کے تمام اخراجات بشمول دیگر اداروں کی طرف سے فراہم کی جانے والی خدمات کا احاطہ نہیں کر سکتا۔

**اگر آپ کے ذہن میں کوئی سوالات ہوں یا اس درخواست کی تکمیل کے لیے مدد کی ضرورت ہو تو:** براہ کرم ہمارے مالی تعاون کے رابطہ کار کو 6239-635-425 پر کال کریں۔ آپ کسی بھی سبب سے، بشمول معذوری اور زبان کی مدد حاصل کر سکتے ہیں۔

**آپ کی درخواست کو آگے بڑھانے کے لیے، آپ کو چاہیے کہ:**

- ہمیں اپنے خاندان سے متعلق معلومات فراہم کریں
- اپنے گھر میں موجود اہل خانہ کی تعداد (خاندان پیدائش، شادی یا گود لینے کے ذریعہ شامل ہونے والے لوگوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ایک ساتھ رہتے ہیں) پُر کریں
- اپنے خاندان کی مجموعی ماہانہ آمدنی کے متعلق ہمیں معلومات فراہم کریں (بشمول ٹیکسوں اور کٹوتیوں سے پہلے)
- خاندانی آمدنی کے لیے دستاویز فراہم کریں
- ضرورت ہو تو اضافی معلومات منسلک کریں
- فارم پر دستخط کریں اور تاریخ درج کریں

**نوٹ:** مالی تعاون کے لیے درخواست کرنے کے لیے آپ کو سوشیل سیکیورٹی نمبر فراہم کرنا ضروری نہیں ہے۔ اگر آپ ہمیں اپنا سوشیل سیکیورٹی نمبر فراہم کریں تو یہ آپ کی درخواست کو تیزی کے ساتھ آگے بڑھانے میں مدد کر سکتا ہے۔ سوشیل سیکیورٹی نمبرات کو ہمیں فراہم کردہ معلومات کی توثیق کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر آپ کے پاس سوشیل سیکیورٹی نمبر موجود نہیں ہے تو، براہ کرم "ناقابل اطلاق" یا "NA" پر نشان لگائیں۔

تکمیل شدہ درخواست کو تمام دستاویزات کے ساتھ: درج ذیل پتہ پر ڈاک کے ذریعہ بھیجیں یا فیکس کریں:

Overlake Hospital Medical Center

1035 116th Ave NE

Bellevue, WA 98004-9971

برائے توجہ: مریض کی مالی خدمات

آپ منسلک جوابی لفافہ استعمال کر سکتے ہیں۔

اپنے لیے ایک نقل رکھنا یقینی بنائیں۔

اگر قابل اطلاق ہو، تو ہم ایک مکمل معاونتی درخواست بشمول آمدنی کی دستاویزات کے موصول ہونے کے 14 دنوں کے اندر آپ کو اہلیت کے حتمی تعین اور اپیل کے حق کی اطلاع دیں گے۔

مالی تعاون کی درخواست جمع کرتے ہوئے، آپ ہمیں مالی ذمہ داریوں اور معلومات کی توثیق کے لیے ضروری تحقیقات کرنے کے لیے ہمیں منظوری دیتے ہیں۔

**ہم مدد کرنا چاہتے ہیں۔ براہ کرم اپنی درخواست بر وقت جمع کریں!**  
**ہمیں آپ کی معلومات موصول ہونے تک آپ کو بل موصول ہو سکتے ہیں۔**

## خیراتی نگہداشت/مالی تعاون کی درخواست کا فارم – رازدارانہ

براہ کرم تمام معلومات مکمل طور پر پُر کریں۔ اگر اس کا اطلاق نہ ہوتا ہو تو "NA" درج کریں۔ اگر ضرورت ہو تو اضافی صفحات منسلک کریں۔

### اسکریننگ معلومات

کیا آپ کو کسی ترجمان کی ضرورت ہے؟  ہاں  نہیں اگر ہاں تو ترجیحی زبان درج کریں:

کیا مریض نے Medicaid کے لیے درخواست دی ہے؟  ہاں  نہیں مالی تعاون کے لیے غور کیے جانے پر درخواست کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

کیا مریض موجودہ طور پر بے گھر ہے؟  ہاں  نہیں

کیا مریض کی طبی نگہداشت کی ضرورت کسی کار کے حادثہ یا کام کی چوٹ سے متعلق ہے؟  ہاں  نہیں

### براہ کرم نوٹ کریں

- ہم اس بات کی ضمانت نہیں دیتے کہ درخواست دینے پر بھی آپ مالی تعاون کے لیے اہل ہوں گے۔
- جب آپ اپنی درخواست بھیجیں، ہم تمام معلومات جانچ سکتے ہیں، اور اضافی معلومات یا آمدنی کا ثبوت طلب کر سکتے ہیں۔
- آپ کی تکمیل شدہ درخواست اور دستاویزات موصول ہونے کے 14 دنوں کے اندر، ہم آپ کو اس بات کی اطلاع دیں گے کہ آیا آپ مدد کے اہل ہیں۔

### مریض اور درخواست گزار کی معلومات

| مریض کا پہلا نام   | مریض کا درمیانی نام           | مریض کا آخری نام   |
|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت<br><input type="checkbox"/> دیگر ( براہ کرم صراحت کریں )  | تاریخ پیدائش                  | سوشل سکیورٹی نمبر ( اختیاری )<br><br>* اختیاری، لیکن اوپری ریاستی قانون کی مزید کشادہ دلی والی معاونت کی ضروریات کے لیے درکار ہے [۴۴۴] |
| بل کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار شخص   | مریض سے رشتہ                  | تاریخ پیدائش<br><br>* اختیاری، لیکن اوپری ریاستی قانون کی مزید کشادہ دلی والی معاونت کی ضروریات کے لیے درکار ہے [۴۴۴]                  |
| ڈاک کا پتہ   | ایم رابطہ کا نمبر (کے نمبرات) | ای میل پتہ؛  |
| شہر  | ریاست                         | زپ کوڈ   |
| بلوں کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار شخص کی ملازمت کا درجہ<br><input type="checkbox"/> برسر روزگار (ملازمت کی تاریخ: _____) <input type="checkbox"/> بے روزگار (کب سے بے روزگار: _____) <input type="checkbox"/> معذور <input type="checkbox"/> سبکدوش <input type="checkbox"/> دیگر _____ |                               |  |
| <input type="checkbox"/> ذاتی-روزگار <input type="checkbox"/> طالب علم <input type="checkbox"/> معذور <input type="checkbox"/> سبکدوش <input type="checkbox"/> دیگر _____  |                               |  |

### خاندانی معلومات

بشمول آپ کے، خاندان کے افراد کی فہرست بندی کریں۔ "خاندان" پیدائش، شادی یا گود لینے کے ذریعہ شامل ہونے والے لوگوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ایک ساتھ رہتے ہیں۔ ضرورت ہو تو اضافی صفحہ

منسلک کریں

| نام | تاریخ پیدائش | مریض سے رشتہ | اگر 18 سال سے زائد عمر کے ہوں:          | اگر 18 سال سے زائد عمر کے ہوں: | مالی تعاون کے لیے بھی درخواست کر رہے ہیں؟ |
|-----|--------------|--------------|---|--------------------------------|---|
|     |              |              | جملہ مجموعی ماہانہ آمدنی (ٹیکس سے قبل): | اگر 18 سال سے زائد عمر کے ہوں: | ہاں/نہیں                                  |
|     |              |              | آجر (آجرین) کا نام یا آمدنی کا ذریعہ    | اگر 18 سال سے زائد عمر کے ہوں: | ہاں/نہیں                                  |

|          |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|
| ہاں/نہیں |  |  |  |  |  |
| ہاں/نہیں |  |  |  |  |  |

خاندان کے تمام بالغ لوگوں کی آمدنی ظاہر کرنا ضروری ہے۔ آمدنی کے ذرائع میں شامل ہیں، مثلاً:  
 - مزدوری - بے روزگاری - ذاتی-روزگار - کارکن کا معاوضہ - معذوری - ایس ایس آئی - بچہ/شریک حیات کی معاونت  
 - ورک سٹڈی پروگرامز ( طلبا ) - پینشن - سبکدوشی کے اکاؤنٹ کی تقسیم - دیگر (براہ کرم وضاحت کریں )

## خیراتی نگہداشت/مالی تعاون کی درخواست کا فارم - رازدارانہ

### آمدنی کی معلومات

یاد رکھیں: آپ کو اپنی درخواست کے ساتھ آمدنی کا ثبوت شامل کرنا ہوگا۔

آپ کو اپنے خاندان کی آمدنی پر معلومات فراہم کرنی ہوگی۔ مالی تعاون کے تعین کے لیے آمدنی کی توثیق ضروری ہے۔  
خاندان کے تمام افراد کو جو 18 سال یا اس سے زائد عمر کے ہوں اپنی آمدنی ظاہر کرنی ہوگی۔ اگر آپ دستاویزات فراہم نہیں کر سکتے تو آپ اپنی آمدنی کی صراحت والا ایک تحریری دستخط شدہ بیان جمع کر سکتے ہیں۔ براہ کرم ہر ایک شناخت شدہ آمدنی کے ذریعہ کے لیے ثبوت فراہم کریں۔  
آمدنی کے ثبوت کی مثالوں میں شامل ہیں:

- ایک "W-2" کٹوتی کا بیان؛ یا
- موجودہ تنخواہ کی سلپس ( 3 ماہ کی): یا
- پچھلے سال کا انکم ٹیکس ریٹرن، بشمول شیڈولز، اگر اطلاق ہو تو؛ یا
- آجروں یا دیگر لوگوں سے تحریری دستخط شدہ بیانات؛ یا
- Medicaid اور/ یا ریاست کے ذریعہ فنڈ کردہ طبی تعاون کی اہلیت کی منظوری/ انکار؛ یا
- بے روزگاری کے معاوضہ کے لیے اہلیت کی منظوری یا انکار۔

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

### اضافی معلومات

اگر آپ کی موجودہ معاشی صورتحال کے تعلق سے دوسری معلومات ہوں، جن کے بارے میں آپ چاہتے ہوں کہ ہمیں معلوم ہوں، جیسے کہ مالی مشکلات، موسمی یا عارضی آمدنی، یا ذاتی نقصان۔

### مریض کا معاہدہ

میں سمجھتا ہوں کہ مالی تعاون کی اہلیت یا ادائیگی کے منصوبوں کے تعین کے لیے معلومات کی توثیق کے لیے Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC کریڈٹ کی معلومات اور دیگر ذرائع سے حاصل کر کے معلومات کی توثیق کر سکتے ہیں۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست میں دی گئی معلومات میرے بہترین علم کے مطابق صحیح اور درست ہیں۔ میں اس بات سے واقف ہوں کہ میری دی گئی معلومات اگر جھوٹی ثابت ہو جائے تو اس کے نتیجہ میں مالی تعاون کا انکار سامنے آ سکتا ہے اور میں فراہم کردہ خدمات کے لیے ذمہ دار رہوں گا۔

تاریخ

درخواست دینے والے شخص کے دستخط