



## Swedish Covenant Hospital

اپنی نگہداشت صحت کی ضروریات کے لیے سویڈش کنویننٹ اسپتال کا انتخاب کرنے کے لیے شکریہ۔

اہم: آپ مفت یا رعایتی نگہداشت حاصل کرنے کے اہل ہوسکتے ہیں۔ اس درخواست کو مکمل کرنے سے سویڈش کنویننٹ اسپتال کو اس امر کا تعین کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا آپ مفت یا رعایتی خدمات حاصل کرنے یا دیگر ایسے عوامی پروگراموں کے اہل ہیں جو آپ کی نگہداشت صحت کے لیے ادائیگی میں مدد کرسکتے ہیں۔ براہ کرم اس درخواست کو اسپتال میں جمع کرائیں۔

اگر آپ غیر بیمہ شدہ ہیں، تو آپ کو مفت یا رعایتی نگہداشت کا اہل ہونے کے لیے سوشل سیکوریٹی نمبر کی ضرورت نہیں ہے۔ تاہم، بعض عوامی پروگراموں، بشمول میڈیکیڈ کے لیے سوشل سیکوریٹی نمبر کی ضرورت ہوتی ہے۔ سوشل سیکوریٹی نمبر لازمی نہیں ہے، لیکن اس سے اسپتال کو یہ تعین کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا آپ کسی عوامی پروگرام کے لیے اہل ہیں۔

براہ کرم اس فارم کو مکمل کریں اور ڈسچارج کی تاریخ یا بیرونی مریض کی حیثیت سے نگہداشت پانے کے 60 دنوں کے اندر مفت یا رعایتی نگہداشت کی درخواست کرنے کے لیے اسے ذاتی طور پر، بذریعہ ڈاک، بذریعہ الیکٹرانک میل، یا فیکس اسپتال میں جمع کرائیں۔

مریض اس امر کی تصدیق کرتا ہے کہ اس نے نیک نیتی سے درخواست میں طلب کردہ تمام معلومات فراہم کرنے کی کوشش کی ہے تاکہ اسپتال کو یہ متعین کرنے میں مدد مل سکے کہ آیا مریض مالی امداد کا مستحق ہے۔

اگر آپ قیاسی طور پر آمدنی کی بنیاد پر مالی امداد کے اہل ہیں تو، آپ کو اپنے اخراجات کی معلومات فراہم نہیں کرنی ہوگی۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست میں دی گئی معلومات میرے بہترین علم و یقین کے مطابق سچ اور درست ہے۔ میں اس اسپتال بل کی ادائیگی کے لیے کسی بھی ایسے ریاستی، وفاقی، یا مقامی امداد کے لیے درخواست کروں گا/گی جس کے لیے میں اہل ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اسپتال کے ذریعہ فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کی جاسکتی ہے، اور میں اسپتال کو اجازت دیتا ہوں کہ اس درخواست میں فراہم کردہ معلومات کی درستگی کے لیے فریقین ثالث سے رابطہ کرے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میں اس درخواست میں جان بوجھ کر غلط معلومات فراہم کرتا/کرتی ہوں، تو میں مالی امداد کے لیے نااہل ہوجاؤں گا/گی، مجھے پہلے منظور کردہ کوئی مالی امداد واپس لے لی جائے گی، اور میں اسپتال بل کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار رہوں گا/گی۔

---

مریض/درخواست گزار کے دستخط/تاریخ



Swedish Covenant Hospital  
مالی امداد کی درخواست

درخواست کی تاریخ: \_\_\_\_\_  
مریض کا نام: \_\_\_\_\_  
اکاؤنٹ نمبر (نمبرات): \_\_\_\_\_  
مریض کی کل ذمہ داری: \_\_\_\_\_  
معلومات کی آخری تاریخ: \_\_\_\_\_

مریض کا بیان

مریض کے خاندان/گھرانے میں افراد کی تعداد \_\_\_\_\_  
مریض کے زیر کفالت افراد کی تعداد \_\_\_\_\_  
مریض کے زیر کفالت افراد کی عمریں \_\_\_\_\_

موجودہ کمائی اور آمدنی (ہفتہ وار، دوہفتے پر، ماہانہ، سالانہ)

مریض \_\_\_\_\_  
شریک حیات \_\_\_\_\_  
دیگر \_\_\_\_\_

تبصرہ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

اثاثہ اور تخمینی اثاثہ کی مالیت کی معلومات، جو درج ذیل تک محدود ہے:

چالو کھاتہ (کھاتے): \_\_\_\_\_  
بچت کھاتہ (کھاتے): \_\_\_\_\_  
اسٹاکس: \_\_\_\_\_  
سرٹیفیکٹس آف ڈپازٹ: \_\_\_\_\_  
میچول فنڈز: \_\_\_\_\_  
اٹوموبائلز: \_\_\_\_\_  
جائیداد غیر منقولہ: \_\_\_\_\_  
صحت کے لیے بچت/لچکدار اخراجات کے اکاؤنٹس: \_\_\_\_\_

ماہانہ اخراجات کی معلومات اور تخمینی اخراجات کے اعداد و شمار، جو درج ذیل تک ہی محدود ہوں:

مکان: \_\_\_\_\_  
یوٹیلیٹیز: \_\_\_\_\_  
بجلی \_\_\_\_\_  
حرارت \_\_\_\_\_  
پانی \_\_\_\_\_  
غذا: \_\_\_\_\_  
ذرائع نقل و حمل: \_\_\_\_\_  
بچوں کی نگہداشت: \_\_\_\_\_  
قرضے: \_\_\_\_\_

اگر مریض سیکشن 4500.40 کے ذریعہ مقرر کردہ قیاسی اہلیت کے معیار پر پورا اترتا ہے، یا بصورت دیگر وہ اپنی آمدنی کی بنیاد پر قیاسی طور پر اہل ہوتا ہے، تو اسے ذیلی سیکشن (جی) میں ماہانہ اخراجات کی معلومات اور تخمینی اخراجات کے اعداد و شمار پُر کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ اس درخواست میں دی گئی معلومات میرے بہترین علم و یقین کے مطابق سچ اور درست ہے۔

میں اس اسپتال بل کی ادائیگی کے لیے کسی بھی ایسے ریاستی، وفاقی، یا مقامی امداد کے لیے درخواست کروں گا/گی جس کے لیے میں اہل ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اسپتال میرے ذریعہ فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کروا سکتا ہے، اور

میں اسپتال کو اس امر کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ فراہم کردہ معلومات کی درستگی کی تصدیق کے لیے فریق ثالث سے رابطہ کرے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میں اس درخواست میں جان بوجھ کر غلط معلومات فراہم کرتا/کرتی ہوں، تو میں مالی امداد کے لیے نااہل ہوجاؤں گا/گی، مجھے پہلے منظور کردہ کوئی مالی امداد واپس لے لی جائے گی، اور میں اسپتال بل کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار رہوں گا/گی۔

مریض/درخواست گزار کے دستخط/تاریخ

شعبہ برائے رفاہی یا رعایتی نگہداشت