



Swedish Covenant Hospital

اپنی نگہداشتِ صحت کی ضروریات کے لیے Swedish Covenant Hospital کا انتخاب کرنے کے لیے آپ کا شکریہ۔

اہم: آپ مفت یا رعایتی نگہداشت حاصل کرنے کے اہل ہوسکتے ہیں۔ اس درخواست کو مکمل کرنے سے Swedish Covenant Hospital 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 نگہداشتِ صحت کے لیے ادائیگی میں مدد کرسکتے ہیں۔ برائے مہربانی 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 سیکورٹی نمبر کی ضرورت نہیں ہے۔ تاہم، بشمول Medicaid بعض عوامی پروگراموں کے لیے سوشل سیکورٹی نمبر کی ضرورت ہوتی ہے۔ کوئی سوشل سیکورٹی نمبر فراہم کرنا لازمی نہیں ہے، لیکن اس سے اسپتال کو اس امر کا تعین کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا آپ کسی عوامی پروگرام کے لیے اہل ہیں۔

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

برائے مہربانی آمدنی کے لئے تائیدی دستاویزات منسلک کریں۔ تائیدی دستاویزات کی مثالیں (کوئی بھی ایسی دستاویز فراہم کریں جو آپ کے کوائف کے لحاظ سے موزوں ہو): موجودہ تنخواہ کی رسیدیں، خود برسر روزگار ہوں تو اس کی رسیدیں، بے روزگاری کے چیکوں کی کاپیاں، سوشل سیکورٹی کے چیکوں کی کاپیاں، آجر کی جانب سے نقد ادائیگی کی فہرست یا کوئی دیگر تحریری دستاویز۔ اگر آپ کا آجر (آجرین) آپ کو نقد ادائیگی کرتا ہے/کرتے ہیں تو اس درخواست میں ادائیگی کی گذشتہ دو مدتوں کے لئے اپنی آمدنی تحریر کریں۔

اگر آپ کو یہ سمجھنے میں مدد درکار ہو کہ آپ کو کیا کرنا ہے تو کریڈٹ سروسز آفس (Credit Services Office) سے (773-989-3841) پر رابطہ کریں۔ مکمل شدہ درخواستیں درج ذیل کو میل یا فیکس کی جا سکتی ہیں:

Swedish Covenant Hospital
Attention: Financial Service Center
5145 N. California Avenue
Chicago, IL 60625

فیکس: 773-878-6838

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 اس امر کا تعین کرنے میں مدد مل سکے کہ آیا مریض مالی امداد کا مستحق ہے۔

تصدیق نامہ



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: _____
آٹوموبائلز: _____
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