

مالی امداد کی درخواست - Urdu Financial Assistance Application

مریضوں کے لئے مالی خدمات

طبی ریکارڈ/ضامن #		کیا یہ ملاقات درج ذیل سے متعلق ہے <input type="checkbox"/> گاڑی حادثہ <input type="checkbox"/> آپ کی ملازمت کو نقصان <input type="checkbox"/> دونوں میں سے کوئی نہیں		*سروس کی تاریخ (اگر ابھی تک طے نہیں ہے تو "مستقبل" ٹائپ کریں)	
نام کا آخری حصہ		نام کا پہلا حصہ		ایم آئی	
پتہ		اپارٹمنٹ #		شہر	
فون نمبر		کیا آپ بے گھر ہیں؟		سوشل سیکیورٹی نمبر	
آپ اس پتہ پر کب سے رہنا شروع کریں گے؟		ہاں <input type="checkbox"/> (Yes) / نہیں <input type="checkbox"/> (No)		تاریخ پیدائش	
*ازدواجی حیثیت		*ماتحت افراد		*حاملہ	
<input type="checkbox"/> تنہا <input type="checkbox"/> شادی شدہ <input type="checkbox"/> غیر شادی شدہ شریک		<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> (Yes) / نہیں <input type="checkbox"/> (No)		<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> (Yes) / نہیں <input type="checkbox"/> (No)	
برائے مہربانی اپنے افراد خاندان کے نام شامل کریں، اس میں کوئی بھی دیگر اہم شخص نیز نگہداشت کے لئے آپ پر منحصر آپ کے گھرانے کا کوئی بھی فرد شامل ہے یا، اگر آپ انکم ٹیکس ریٹرن فائل کرتے ہیں تو، کوئی ایسا شخص بھی شامل ہے جس کے بارے میں آپ اپنے وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں ماتحت ہونے کا دعویٰ کریں۔					
خاندان کے فرد کا نام		تاریخ پیدائش		رشتہ داری	
1.		4.		رشتہ داری	
2.		5.		رشتہ داری	
3.		6.		رشتہ داری	
برائے مہربانی نیچے رقموں اور خاندان کی آمدنی کے ذرائع سے متعلق معلومات فراہم کریں۔ مریض اور شریک حیات، اور اگر مریض نابالغ ہے تو والدین، کی اجرتوں/تخوہ/کسی بھی ذریعہ سے ہونے والی آمدنی شامل کریں۔					
*ملازمت کی حالت <input type="checkbox"/> ملازمت یافتہ <input type="checkbox"/> خود کا روزگار <input type="checkbox"/> بے روزگار					
اگر ملازمت یافتہ ہے تو، آجر کا نام					
آجر کا فون نمبر					
موجودہ ملازمت 1 کی اجرتیں (ٹیکس سے پہلے): _____ ڈالر <input type="checkbox"/> ہفتہ واری <input type="checkbox"/> ہر 2 ہفتے کی <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/> سالانہ					
موجودہ ملازمت 2 کی اجرتیں (ٹیکس سے پہلے): _____ ڈالر <input type="checkbox"/> ہفتہ واری <input type="checkbox"/> ہر 2 ہفتے کی <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/> سالانہ					
گزشتہ سال، کیا آپ نے: <input type="checkbox"/> ملازمتیں تبدیل کیں <input type="checkbox"/> کام کرنا بند کر دیا <input type="checkbox"/> کام کرنے کے اوقات میں کمی کی <input type="checkbox"/> ان میں سے کوئی نہیں اگر ایسا ہے تو، کب:					
اگر خود کا روزگار ہے تو، آپ کی خالص آمدنی (تجارت کے اخراجات کی ادائیگی ہو جانے کے بعد ہونے والا منافع) کتنی ہے؟ _____ ڈالر <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/> سالانہ					
اگر بے روزگار ہیں تو خاندانی آمدنی کے سابقہ ذرائع اور رقمیں فراہم کریں:					
ذریعہ رقم _____ ڈالر					
آمدنی کے دیگر ذرائع					
سوشل سیکیورٹی/SSI معذوری _____ ڈالر <input type="checkbox"/> ہفتہ واری <input type="checkbox"/> ہر 2 ہفتے کی <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/> سالانہ					
بے روزگاری کے فوائد _____ ڈالر <input type="checkbox"/> ہفتہ واری <input type="checkbox"/> ہر 2 ہفتے کی <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/> سالانہ					
سرکاری فوائد (SNAP, TANF, وغیرہ) _____ ڈالر <input type="checkbox"/> ہفتہ واری <input type="checkbox"/> ہر 2 ہفتے کی <input type="checkbox"/> ماہانہ <input type="checkbox"/> سالانہ					
آپ کے چیکنگ اکاؤنٹ، سیونگ اکاؤنٹ، ڈیبازٹ کی سرٹیفیکیشن اور/یا سیکیورٹیز اکاؤنٹس میں مجموعی بیننس کتنا ہے؟ _____ ڈالر					
*کیا آپ کا کوئی انفرادی ریٹائرمنٹ اکاؤنٹ ہے (IRA, 401(k), 403(b), Keogh)؟ _____ ڈالر <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> (Yes) / موجودہ مالیت کتنی ہے: _____ ڈالر					
*کیا آپ کی کوئی گاڑی ہے (گاڑیاں ہیں)؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> (Yes) / اگر ہاں تو، نیچے تفصیلات فراہم کریں:					
سال		ساخت		ماڈل	
1.		ڈالر		ڈالر	
2.		ڈالر		ڈالر	
3.		ڈالر		ڈالر	
*کیا آپ کو سود، کمپنی کے حصوں یا سرمایہ کاریوں سے آمدنی موصول ہوتی ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> (No) / مجموعی رقم ہے: _____ ڈالر					
*کیا آپ: <input type="checkbox"/> اپنے گھر کا کرایہ دیتے/دیتی ہیں: ماہانہ ادائیگی/کرایہ _____ ڈالر					
<input type="checkbox"/> اپنے گھر کے/کی مالک ہیں: موجودہ مالیت _____ ڈالر					
<input type="checkbox"/> کرایہ نہیں دیتے/دیتی ہیں یا مالک نہیں ہیں: آپ کہاں یا کس کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں؟					
میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ فراہم کردہ معلومات میرے بہترین علم کی حد تک سچی اور درست ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ Inova آمدنی اور رہائش کے ثبوت کا تقاضا کرے گی، اور میں Inova کو اختیار دیتا/دیتی ہوں کہ درخواست کے عمل کو مکمل کرنے کے لئے ضروری معلومات کی وہ کسی ملحق ادارہ اور/یا تیسرے فریق سے درخواست کرے یا ایسی معلومات کو انہیں جاری کرے۔ میں ادائیگی کے لئے امداد کی درخواست دوں گا/گی اور اسے حاصل کرنے کے سلسلے میں ضروری ہونے والی کسی بھی معقول کارروائی کو کروں گا/گی اور بازیافت کردہ رقم Inova کو دوں گا/گی یا اس کی ادائیگی کروں گا/گی۔ اگر میرے ذریعہ دی گئی کوئی بھی معلومات غیر سچی ثابت ہوتی ہے تو، میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اسپتال میری حالت کی دوبارہ قدر پیمائی کر سکتا ہے اور جو کوئی بھی کارروائی مناسب ہو اسے کر سکتا ہے۔					
درخواست کنندہ (دستخط): (Applicant (signature))		درخواست کنندہ (پرنٹ نام): (Applicant (print name))		تاریخ: (Date)	
وقت: (Time)		وقت: (Time)			

ضمیمہ A

وفاقی غربت کے رہنما اصول، 2024

500%	400%	250%	100%	خاندان کے افراد کی تعداد
\$75,300	\$60,240	\$37,650	\$15,060	1
\$102,200	\$81,760	\$51,100	\$20,440	2
\$129,100	\$103,280	\$64,550	\$25,820	3
\$156,000	\$124,800	\$78,000	\$31,200	4
\$182,900	\$146,320	\$91,450	\$36,580	5
\$209,800	\$167,840	\$104,900	\$41,960	6
\$236,700	\$189,360	\$118,350	\$47,340	7
\$263,600	\$210,880	\$131,800	\$52,720	8
\$290,500	\$232,400	\$145,250	\$58,100	9
\$317,400	\$253,920	\$158,700	\$63,480	10

ضمیمہ C

مالی امداد کے لئے مطلوبہ دستاویزات کی چیک لسٹ

Inova مالی امداد درخواست مکمل کرنے کے علاوہ، آپ کو نیچے دی گئی اختیارات کی فہرست سے اپنی آمدنی اور رہائش کا ایسا ثبوت فراہم کرنے کی ضرورت ہو گی جس سے Inova کی مالی امداد پالیسی کے تقاضوں کی تکمیل ہو۔
برائے مہربانی نوٹ کر لیں کہ جائزہ اور فیصلہ کا اہل ہونے کے لئے ضروری ہے کہ آپ کی درخواست جمع کاری پہلے اسٹیٹمنٹ کی تاریخ کے 240 دنوں کے اندر ہو۔

<p>رہائش کی ضرورت</p> <p>Inova میں کسی بھی سروس کی وصولیابی سے پہلے ورجینیا میں 30 روزہ رہائش کا ثبوت ضروری ہے۔ ضروری ہے کہ نیچے دی گئی فہرست میں سے وہ درج ذیل کسی ایک (1) پر مشتمل ہو:</p>	<p>انفرادی/خاندانی آمدنی کے تقاضے</p> <p>اگر آپ کے ساتھ کوئی شریک حیات یا پارٹنر رہتا/رہتی ہے تو، ان کی آمدنی کے دستاویزات بھی ضروری ہوں گے۔ ضروری ہے کہ نیچے دی گئی فہرست میں سے وہ درج ذیل کسی ایک (1) پر مشتمل ہو:</p>
<p>ورجینیا کے ذریعہ جاری کردہ ویلڈ لائسنس یا شناختی کارڈ، ورجینیا ووٹر رجسٹریشن کارڈ، ورجینیا DMV ریکارڈ:</p> <p>ضروری ہے کہ سروس کی تاریخ سے کم از کم 30 دن قبل دستاویز پر دستخط کیا گیا ہو۔</p>	<p>حالیہ ترین وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن:</p> <ul style="list-style-type: none"> برائے مہربانی مکمل ٹیکس ریٹرن دستاویزات جمع کریں جن پر تاریخ اور دستخط ہوں۔ جنوری اور اپریل کے بیچ اسے قبول نہیں کیا جائے گا۔ اس کے بجائے دو حالیہ ترین پے اسٹیٹس جمع کیے جائے چاہئیں۔
<p>حالیہ ترین وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن:</p> <p>برائے مہربانی مکمل ٹیکس ریٹرن دستاویزات جمع کریں جن پر تاریخ اور دستخط ہوں۔</p>	<p>دو حالیہ ترین پے اسٹیٹس:</p> <p>ضروری ہے کہ پے اسٹیٹس میں گھنٹیوں سے پہلے کے مجموعی آمدنی درج ہو، ادائیگی کی مدت کی تاریخ اور سال سے تاریخ تک کی کمائیاں درج ہوں۔</p>
<p>یوٹیلیٹی بل یا بینک اسٹیٹمنٹ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ضروری ہے کہ دستاویز پر عرضی گزار کا نام اور موجودہ پتہ نظر آئے۔ ضروری ہے کہ دستاویز Inova سروس کی تاریخ سے کم از کم 30 دن قبل بنایا گیا ہو/اس پر تاریخ ڈالی گئی ہو۔ 	<p>ملازمت کی تصدیق:</p> <ul style="list-style-type: none"> اگر ٹیکس ریٹرن یا پے اسٹیٹس غیر دستیاب ہوں تو، آجر اس فارم/خط کو مکمل کر سکتا ہے۔ یہاں سے ڈاؤن لوڈ کریں: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
<p>رہائش کی تصدیق:</p> <ul style="list-style-type: none"> فارم زمیندار/جانیدار کے مالک کے ذریعہ مکمل کیا جائے۔ یہاں سے ڈاؤن لوڈ کریں: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance 	<p>معاونت کی تصدیق:</p> <ul style="list-style-type: none"> یہ فارم ان لوگوں کے لئے ہے جو بے روزگار ہیں اور جو خاندان/دوست/دیگر سے تعاون حاصل کر رہے ہیں۔ یہ فارم اس شخص (خاندان/دوست/دیگر) کے ذریعہ مکمل کیا جانا ہے جو پناہ، خوراک اور/یا زندگی کے اخراجات کو سہارا دینے میں مدد کر رہا ہے۔ یہ دستاویز اس فارم کو مکمل کرنے والے شخص کو ایسے بقایا طبی قرض کی مالی نمہ داری نہیں تفویض کرتا ہے جو مالی امداد کے لئے درخواست دینے والے مریض کی جانب سے واجب الادا ہو۔ اسی گھرانہ کے معاونین سے متعلق ٹیکس کی درخواست کی جائے گی یہ طے کرنے کے لئے کہ آیا مریض کا دعویٰ منحصر شخص کے طور پر کیا جا رہا ہے۔ اگر حال ہی میں بے روزگار ہوں تو، برائے مہربانی ملازمت کی گزشتہ جگہ سے دستاویزات فراہم کریں۔ یہاں سے ڈاؤن لوڈ کریں: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
<p>اسکول کے ریکارڈ:</p> <ul style="list-style-type: none"> دستاویز پر ضروری ہے کہ بچے کا نام، اسکول کا نام اور موجودہ پتہ نظر آئے۔ اسکول کا کسی امریکی ریاست، دائرہ اختیار یا خطہ کے ذریعہ تسلیم شدہ ہونا ضروری ہے۔ اس میں کوئی ٹرانسکرپٹ، ہنگامی نگہداشت فارم، خط یا دیگر ایسی دستاویز شامل ہو سکتی ہے جس کی اسکول سے درخواست کی جا سکتی ہو یا جسے کسی ورجنل پورٹل سے ڈاؤن لوڈ کیا جا سکتا ہو۔ 	<p>خود سے اعلان کی تصدیق:</p> <ul style="list-style-type: none"> ان مریضوں کے لئے ہے جو دن میں کام کرنے والے، مہاجر/مخصوص منت میں کام کرنے والے ہیں، جو بخششوں کی شکل میں اپنی آمدنی کما رہے ہیں یا جو بے روزگار ہیں اور جو خاندان/دوست/دیگر سے پناہ، خوراک اور/یا زندگی کے اخراجات کے سلسلے میں تعاون نہیں موصول کرتے ہیں۔ اگر حال ہی میں بے روزگار ہوں تو، برائے مہربانی ملازمت کی گزشتہ جگہ سے دستاویزات فراہم کریں۔ یہاں سے ڈاؤن لوڈ کریں: www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
<p>رہائش سے متعلق ایسے دیگر دستاویزات جن کی درخواست کی جا سکتی ہے ان میں درج ذیل شامل ہیں (مگر وہ انہیں میں محدود نہیں):*</p> <p>لیز معاہدہ، ورجینیا میں ذاتی جانیدار ٹیکس کی رسید یا کامن ویلتھ آف ورجینیا یا ورجینیا لوکیٹی کو گزشتہ سال کے اندر ادا کردہ ریئل اسٹیٹ ٹیکس، ورجینیا محکمہ تعلیمات کا اندراج سرٹیفکیٹ، مہاجرت کی رہائش سے متعلق تصدیق کی دستاویز، W2</p> <p>*برائے مہربانی مزید معلومات کے لئے ٹیم کو کال کریں: 571-472-5880۔</p>	<p>آمدنی سے متعلق دیگر ایسے دستاویزات جن کی درخواست کی جا سکتی ہے ان میں درج ذیل شامل ہیں (مگر وہ انہیں میں محدود نہیں):*</p> <p>سوشل سیکورٹی فائدہ کا خط، پنشن، ریٹائرمنٹ کی آمدنی، پسماندگان کے لئے فوائد، بے روزگاری کے فوائد، سرکاری امداد کا پروگرام، عوامی امداد کے فائدہ کا خط، سود کے منافع، رویٹیز، جانیدار/ٹرسٹ سے آمدنی، تعلیم/تیوشن کی امداد کے دستاویزات، نفعہ/بچہ کی امداد کے دستاویزات، سفارت خانے کے لیٹر پیڈ پر سفیر کی حالت کی تصدیق، تیسرے فریق کی آمدنی کی تصدیق (گھر کا لیز، خریداری کی درخواست، آٹوموبائل لیز، قرض کی درخواست، وغیرہ) 120 فارم (بین الاقوامی طلبہ)، بچے کی پیدائش کا سرٹیفکیٹ، برے حالات کا خط</p> <p>*برائے مہربانی مزید معلومات کے لئے ٹیم کو کال کریں: 571-472-5880۔</p>

اہم: مطلوبہ دستخط کی ہوئی اور تاریخ ڈالی ہوئی درخواست اور انفرادی/خاندانی آمدنی اور رہائش کے ثبوت کے لئے مطلوبہ دستاویزات جمع نہ کر پانے کی وجہ سے آپ کی درخواست کا انکار کر دیا جائے گا۔ اگر آپ کو مالی امداد انکار کر دی جاتی ہے تو، بقایا بیلنس مریض کی ذمہ داری کے طور پر باقی رہے گا، اور آپ بقایا رقم کے لئے Inova مریض بلنگ اسٹیٹمنٹ موصول کریں گے/گی۔

برائے مہربانی مالی امداد کے لئے آپ کی اہلیت کا جائزہ لینے اور اس کی تعیین کرنے کے لئے ہماری ٹیم کو 30 دن دیں۔ اس وقت کے دوران اضافی دستاویزات کی درخواست کی جا سکتی اور انہیں جمع کیا جا سکتا ہے۔ آپ کو ایک مصدقہ میل کے ذریعہ ایک فیصلہ کا خط بھیجا جائے گا اور/یا وہ خط Inova کی مالی امداد پالیسی کے تقاضوں کے اندر بیان کردہ 30 روزہ میعاد کے اندر MyChart میں نظر آئے گا۔

سوالات کے لئے، برائے مہربانی Inova مالی امداد ٹیم کو کال کریں: 571-472-5880۔

آمدنی اور رہائش کے ثبوت سمیت اپنی مکمل کردہ/دستخط کردہ مالی امداد کی درخواست کیسے جمع کریں

MyChart

مکمل اور دستخط کردہ درخواست اور رہائش و آمدنی کے سبھی مطلوبہ دستاویزات MyChart پر جمع کریں:

لاگ ان کریں یا MyChart کے اندر ایک اکاؤنٹ بنائیں: <https://mychart.inova.org/mychart>

1. لاگ ان ہو جانے کے بعد، ہوم اسکرین کے بالکل اوپر بائیں ہاتھ کونے میں موجود مینو پر جائیں۔
 2. "Billing" (بلنگ) زمرہ پر جائیں اور "Financial Assistance" (مالی امداد) منتخب کریں۔
 3. ہر اسکرین مکمل کریں اور ایک مکمل و دستخط کردہ درخواست اپلوڈ کریں، نیز اسکرین پر جیسا کہا جائے اس کے مطابق اپنی آمدنی اور رہائش کی مطلوبہ دستاویزات بھی۔
 4. جب سبھی دستاویزات اپلوڈ کر دی گئی ہوں اور ہر اسکرین میں مطلوبہ خانوں کو پر کر دیا گیا ہو تو، "Submit" (جمع کریں) پر کلک کریں۔
- عمل کاری کی ٹیم پھر آپ کے کیس کا جائزہ لینا شروع کرے گی اور آپ کی جمع کاری کی حالت اور منظوری یا انکار کے فیصلے کے تعلق سے مواصلت کرے گی، یا ضرورت پڑنے پر اضافی دستاویزات کی درخواست کرے گی۔

میل

مکمل و دستخط کردہ درخواست اور رہائش و آمدنی کی سبھی مطلوبہ دستاویزات اس پتہ پر میل کریں:

Inova Patient Financial Services
Rev Cycle Financial Assistance Department : بنام
8095 Innovation Park Drive
Fairfax VA 22031
اس جگہ پر مریضوں کو اندر جانے کی اجازت نہیں ہے۔

فیکس

مکمل و دستخط کردہ درخواست اور رہائش و آمدنی کی سبھی مطلوبہ دستاویزات اس نمبر پر فیکس کریں:

فیکس #: 571-665-6895
Rev Cycle Financial Assistance Department : بنام

ڈراپ کریں

اپنی مکمل و دستخط کردہ درخواست اور رہائش و آمدنی کی سبھی مطلوبہ دستاویزات اس جگہ ڈراپ کریں:

Inova Partnership for Healthier Communities
2700 Prosperity Ave., #280
Fairfax VA 22031
پیر سے جمعہ 8:30 صبح – 5:00 شام
(بالمشافہ امداد پیر سے جمعہ 8:30 بجے صبح – 12:00 دوپہر تک دستیاب ہے)