

مریض/مریضہ کا نام:	سوشل سکیورٹی نمبر (اگر قابل اطلاق ہو):
پتہ:	تاریخ پیدائش:
شہر، ریاست، زیپ:	میڈیکل ریکارڈ نمبر:
گھر کا ٹیلی فون نمبر:	دفتر کا ٹیلی فون نمبر:
ازدواجی حالت (ایک پر دائرے کا نشان کھینچیں):	تنہا
کیا آپ امریکی شہریت یافتہ یا امریکی باشندہ ہیں: †	ہاں / نہیں
† اضافی فوائد/پروگرامز کے لیے اہلیت کا تعین کرنے کے واسطے یہ معلومات مطلوب ہیں۔	
اگر آپ امریکی شہریت یافتہ یا امریکی باشندہ نہیں ہیں تو کیا آپ درج ذیل میں سے کسی ایک امیگریشن اسٹیٹس کے حامل ہیں؟ ہاں/نہیں*	
* اگر آپ نے 'نہیں' سے جواب دیا ہے تو مرحلہ 2 پر چلے جائیں (آپ اب بھی امداد پانے کے لیے اہل ہوسکتے ہیں)۔ اگر آپ نے 'ہاں' سے جواب دیا ہے تو یہ نشاندہی کریں کہ درج ذیل میں سے کس زمرے سے آپ کے اسٹیٹس کی صراحت ہوتی ہے:	
<input type="checkbox"/> اسٹائل <input type="checkbox"/> سیاسی پناہ <input type="checkbox"/> ریفریجی (پناہ گزین) <input type="checkbox"/> خصوصی نو عمر تارک وطن کی حیثیت (SIJ) <input type="checkbox"/> کم از کم پانچ برسوں کی VA رہائش کا حامل قانونی مستقل باشندہ <input type="checkbox"/> 1996 سے امریکی باشندہ <input type="checkbox"/> سبکدوش فوجی/ موجودہ امریکی فوجی/سبکدوش فوجی یا موجودہ امریکی فوجی کا شریک/شریکہ حیات یا والد/والدہ	

مرحلہ 2: براہ کرم آمدنی اور لائف انشورنس (صحت کے بیمہ) کی کوریج سے متعلق درج ذیل حصے کو پُر کریں۔
 اگر اضافی جگہ درکار ہو تو براہ کرم علیحدہ کاغذ منسلک کریں۔

خاندان کے افراد، بشمول خود، شریک حیات، 18 سال سے کم عمر کے بچے/بچیاں	صنف مرد/عورت	سوشل سکیورٹی # (اگر معلوم ہو)	تاریخ پیدائش	مریض سے رشتہ	مجموعی ماہانہ آمدنی (صفحہ 2 ملاحظہ کریں)	آجر کا نام	آجر کا فون نمبر
				ذاتی			

کیا آپ کو درج ذیل فوائد موصول ہوتے ہیں: چائلڈ سپورٹ ہاں / نہیں رقم \$ نان و نفقہ (گزارہ بہتہ): ہاں / نہیں رقم \$
 کیا آپ میڈی کیئر یا کسی دوسرے لائف انشورنس (صحت کے بیمہ) پلان کے حامل ہیں، جس کے تحت آپ کے ڈاکٹر کی تجویز کردہ تمام دواؤں یا اس کے بعض حصے کا احاطہ ہوتا ہے؟ ہاں/نہیں
 اگر ہاں تو، نیچے ممبر ID # اور گروپ # کے ساتھ بیمہ کا نام درج کریں:

بیمہ کا نام	ممبر ID #	گروپ #

مرحلہ 3: براہ کرم وسائل سے متعلق درج ذیل حصے کو پُر کریں۔
 اگر اضافی جگہ درکار ہو تو براہ کرم علیحدہ کاغذ منسلک کریں۔

چیک یافتہ اکاؤنٹ نمبر: ہاں/نہیں	بینک کا نام:	بیننس: \$
بچت کھاتہ نمبر: ہاں/نہیں	بینک کا نام:	بیننس: \$
اسٹاک، بانڈز، IRA'S، 401K، CD وغیرہ۔ ہاں/نہیں	بینک کا نام:	بیننس: \$

کیا آپ کسی غیر منقولہ جائیداد کے مالک ہیں یا آپ فی الحال کوئی جائیداد خریدنے والے ہیں: ہاں / نہیں شہر/کاؤنٹی: _____ کل رقبہ: _____
 رہن کی رقم: \$ _____ کیا آپ اس غیر منقولہ جائیداد میں رہائش پذیر ہیں: ہاں/نہیں
 کیا آپ نے اپنے لیے یا اپنے زیر کفالت 21 سال سے بڑی عمر کے کسی شخص کے لیے نقد رقم سے یا قرض کی رقم سے زندگی کا بیمہ (لائف انشورنس) کروایا ہے؟ ہاں/نہیں
 اگر ہاں، تو بیمہ (انشورنس) کا نام، پالیسی نمبر اور نقد رقم درج کریں:
 ذاتی جائیداد: ہاں / نہیں تمام کار، ٹرک، موٹر سائیکل، کیمپرز، موبائل گھر وغیرہ درج کریں۔
 اگر قابل اطلاق ہو؛ کیا آپ اپنے موبائل گھر میں رہائش پذیر ہیں: ہاں/نہیں

آئٹم:	ساخت کا ماڈل	سال:	واجب الادا رقم: \$	قیمت: \$
آئٹم:	ساخت کا ماڈل	سال:	واجب الادا رقم: \$	قیمت: \$

اقرار: مذکورہ بالا معلومات میری بہترین معلومات اور یقین کی حد تک مکمل، درست اور صحیح ہیں۔ میں ان تمام معلومات بشمول میری تنخواہ/مزدوری، میرے ذریعے چلانے والے کسی بھی بینک اکاؤنٹ کے بیننس اور کسی بھی زندگی کے بیمہ (انشورنس) کی نقد مالیت، پالیسی، اسٹاکس یا بانڈز جو میری ملکیت میں ہیں، نیز میری زیر ملکیت یا خریدی جانے والی کسی بھی غیر منقولہ یا ذاتی جائیداد کی تصدیق کے اجراء کی اجازت دیتا/دیتی ہوں، جو UVA HEALTH کو اس بات کا تعین کرنے کے لیے درکار ہوسکتی ہیں کہ آیا میں اسپتال کے انتیجینٹ کیئر پروگرام، کسی دوا ساز کمپنی کی طرف سے اسپانسر شدہ دوا کی مالی امداد کے پروگرام یا دیگر کسی وفاقی یا ریاستی امداد یافتہ طبی امدادی پروگرام کے تحت مالی امداد پانے کا /کی اہل ہوں۔ اگر مجھے کسی بھی وفاقی یا ریاستی امداد یافتہ طبی پروگرام میں ریفر کیا جائے، تو میں UVA HEALTH کو اس مالی امداد کے لیے درکار تمام معلومات کو جاری کرنے اور حاصل کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں جو اس امداد کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے درکار ہوں۔ میں اپنے انشورنس (بیمہ) (طبی یا نسخہ جاتی) اور /یا آمدنی میں تبدیلی ہونے کی صورت میں UVA کو فوری طور پر مطلع کرنے سے متفق ہوں۔

درخواست گزار/ضمانت دہندہ کا دستخط (مطلوب):	تاریخ:
شریک حیات کا دستخط:	تاریخ:

طلب کی جانے والی تمام معلومات اور دستاویزات اس پروگرام کے لیے دولت مشترکہ کے ذریعے طے کردہ قواعد کی تعمیل کے واسطے اور اس بات کا تعین کرنے کے لیے درکار ہیں کہ کون سے دیگر پروگرامز یا مالی تعاون آپ کے لیے دستیاب ہو سکتے ہیں۔

کیا آپ کو اپنی درخواست مکمل کرنے کے لیے مدد درکار ہے؟

بذریعہ فون: 866-320-9659

بذریعہ ای میل: FinancialAssistance@UVAHealth.org

بذریعہ فیکس: 434-924-1251

بالمشافہ: Education Resource Center (فارمیسی سے متصل واقع ہے)

1220 Lee St

Charlottesville VA 22903

اوقات: پیر تا جمعہ صبح 8:00 بجے تا شام 5:00 بجے

Prince William Hospital

8700 Sudley Road

Manassas VA 20110

اوقات: پیر تا جمعہ صبح 8:00 بجے تا شام 5:00 بجے

Culpeper Hospital

501 Sunset Lane

Culpeper, VA 22701

اوقات: پیر تا جمعہ صبح 8:00 بجے تا شام 5:00 بجے

درخواست برائے مالی معاونت فارم کو پُر کرنے سے متعلق ہدایات

مرحلہ 1: براہ کرم مریض سے متعلق تمام معلومات مکمل طور پر بھریں۔

مرحلہ 2: آمدنی اور ہیلتھ کیئر کی کوریج سے متعلق معلومات پُر کریں۔ اس میں آپ کے آجر، سرکاری امداد (سوشل سکیورٹی، VA کے فوائد)، سبکدوشی، گزارہ بہتہ، ذاتی ملازمت، یا کسی بھی دیگر ذرائع سے حاصل ہونے والی آمدنی شامل ہے۔ اگر کوئی بچہ/بچی 18 سال یا اس سے بڑی عمر کا/کی ہو تو علیحدہ فارم درکار ہوگا اور اسے اس فارم میں شامل نہیں کیا جا سکتا ہے۔ کسی غیر خاندانی فرد کو اس درخواست میں شامل نہیں کیا جا سکتا ہے الا یہ کہ وہ فرد 18 سال سے کم عمر کا ہو اور آپ کے پاس اس کو اپنی تحویل میں رکھنے کا ثبوت موجود ہو۔

مرحلہ 3: وسائل سے متعلق معلومات پُر کریں۔

ریاستی گائیڈ لائنز کی تعمیل کرنے کے لیے، UVA HEALTH کو اس درخواست کے پہلے صفحہ میں درج کردہ ہر چیز سے متعلق ثبوت یا دستاویز درکار ہوگا۔ براہ کرم، اپنی درخواست اس وقت تک نہ بھیجیں، جب تک کہ آپ نے تمام مطلوبہ دستاویزات منسلک نہ کیے ہوں۔ تاخیر سے بچنے کے لیے تمام معلومات جلد از جلد بھیجی جانی چاہئیں۔

دستاویزات

ذیل میں ان دستاویزات کی اقسام درج ہیں، جو درکار ہو سکتی ہیں۔
براہ کرم یہ پتہ لگانے کے لیے ہر ایک قسم کو پڑھیں کہ آپ کی حالت پر ان میں سے کس کا اطلاق ہو سکتا ہے:
(براہ کرم صرف دستاویزات کی کاپیاں منسلک کریں۔ اصل دستاویزات نہیں بھیجے جائیں گے۔)

مرحلہ 1: کوئی دستاویز درکار نہیں ہے

مرحلہ 2: آمدنی

- تنخواہ کی رسیدیں:** اگر آپ زیر ملازمت ہیں تو آپ کو 1 (ایک) ماہ کی تنخواہ کی رسید فراہم کرنا لازمی ہے، جو 3 مہینے سے زیادہ پرانی نہ ہو۔ اگر آپ کی تنخواہ کی رسید دستیاب نہیں ہے تو آپ کو اپنے آجر کی طرف سے 1 (ایک) مہینے کی مجموعی تنخواہ کی صراحت پر مشتمل خط فراہم کرنا ہوگا۔
- بے روزگاری:** ہفتہ واری فوائد کی رقم یا بے روزگاری کا بہتہ یا مزدور کے معاوضے کے فارمز۔ اگر بے روزگاری کے فوائد حاصل ہو رہے ہیں، تو فوائد کے براہ راست جمع ہونے کا ثبوت بھی درکار ہے۔
- دیگر ذرائع آمدنی:** سبکدوشی کے مجموعی ماہانہ فوائد کا گوشوارہ، ٹرسٹ فنڈز کی الاٹمنٹ، گزارہ بہتہ اور/یا موصول شدہ چائلڈ سپورٹ کی کاپی۔
- سرکاری فوائد:** سوشل سکیورٹی، SSI، وی اے (VA) یا دیگر سرکاری فوائد کی تصدیق کرنے یا اس سے انکار کرنے کا خط، چیک کی کاپی یا آٹو میٹک ڈپازٹ کو ظاہر کرنے والی بینک اسٹیٹمنٹ۔
- وقتی ملازمت:** آجر کی طرف سے ملازمت پر رکھے جانے کی تاریخ اور آج کی تاریخ تک مجموعی سالانہ آمدنی کے بیان کا خط
- ذاتی ملازمت:** اپنی رواں سال کی وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فراہم کریں۔
- مالی معاونت کا خط:** خاندان یا احباب کی طرف سے معاونت کی تصدیق کرنے کا خط (جب کسی آمدنی کی اطلاع نہ دی جائے یا جب مالی معاونت ظاہر کرنے کے لیے ناکافی ہو)۔
- بیماری کی چھٹی:** آجر کی طرف سے با معاوضہ بیماری کی چھٹی ظاہر کرنے یا اس بات کی نشان دہی کرنے کا بیان کہ آیا آپ بلا معاوضہ چھٹی پر ہیں۔ اگر با معاوضہ چھٹی پر ہوں، تو آجر کی طرف سے آمدنی کا ثبوت فراہم کریں۔
- طلبہ و طالبات:** تعلیمی وظائف، قرض، بر ملازمت۔ تعلیم، مشاہرہ، ٹیوشن، معاون کار کی اجرت یا ایوارڈ گرانٹ کی رقمات۔
- دیگر:** تحویل کے کاغذات کی کاپی (جہاں قابل اطلاق ہو)

مرحلہ 3: وسائل:

- بینک کی اسٹیٹمنٹ:** بینک یا کرڈٹ یونین کی طرف سے بچت کھاتہ اور/یا چیک والے اکاؤنٹ کی تازہ اسٹیٹمنٹ، جو 3 ماہ سے زیادہ پرانا نہ ہو۔ اسٹیٹمنٹ میں بینک کا نام، اکاؤنٹ نمبر، اکاؤنٹ ہولڈر کا نام اور بیلنس کا ذکر شامل ہونا لازمی ہے۔
- کیش ایپ یا PAYPAL: PayPal:** یا کسی دوسرے رقم شیئرنگ کے ایپ کی اسٹیٹمنٹ یا اسکرین شاٹ (جیسے Venmo، CashApp، وغیرہ)۔ اس میں اکاؤنٹ ہولڈر کا نام صارف کا نام اور بیلنس کا بیان شامل ہونا لازمی ہے۔
- سرمایہ کاریاں:** اسٹاک، بانڈز، IRA'S، 401K پلان، CD، سکیورٹیز – بینک/بروکر کی طرف سے موجودہ مالیت ظاہر کرنے کی اسٹیٹمنٹ، جو 3 ماہ سے زیادہ پرانا نہ ہو۔ اسٹیٹمنٹ میں بینک کا نام، اکاؤنٹ نمبر، اکاؤنٹ ہولڈر کا نام اور بیلنس کا ذکر شامل ہونا لازمی ہے۔
- ذاتی جائیداد:** گاڑی (گاڑیوں) کی تخمینہ شدہ مالیت ظاہر کرنے کی ٹیکس اسٹیٹمنٹ۔ اگر کسی گاڑی سے قرض وابستہ ہو تو براہ کرم قرض کی واجب الادا رقم بتائیں، واجب الادا رقم بتانا لازمی ہے اور قرض دہندہ کا نام، اکاؤنٹ ہولڈر کا نام، اور گاڑی کی صراحت/گاڑی کا شناختی نمبر (VIN) بتانا لازمی ہے۔
- غیر منقولہ جائیداد:** رقبہ اور تخمینہ شدہ مالیت ظاہر کرنے کی تازہ ترین ٹیکس اسٹیٹمنٹ۔ اگر رہن کا معاملہ ہو تو براہ کرم رہن کی واجب الادا رقم بتائیں اور قرض دہندہ کا نام، اکاؤنٹ ہولڈر کا نام اور جائیداد کی صراحت/پتہ شامل کریں۔
- لانف انشورنس (زندگی کا بیمہ):** پالیسی کی اسٹیٹمنٹ جس میں نقد مالیت یا اس بات کا ثبوت ہو کہ اس پالیسی کے ساتھ کوئی نقد مالیت منسلک نہیں ہے۔