

درخواست فارم برائے مالی اعانت



حصہ اول: مریض کی معلومات

جس وقت آپ کو طبی خدمات موصول ہوتی ہیں اس وقت اپنا مکمل نام، اپنا پتہ اور دیگر معلومات درج کریں جو کہ اس حصے میں بتائی گئی ہیں۔

اکاؤنٹ نمبر _____ خدمت (موصول کرنے) کی تاریخ (تاریخیں) _____

مریض کا نام: _____ آخری _____ پہلا _____ نام کا درمیانی حصہ _____

پتہ: _____ شہر: _____ کاؤنٹی: _____

نمبر اور اسٹریٹ _____

رہائش کی ریاست: _____ زپ کوڈ: _____ تاریخ پیدائش: _____ / _____ / _____ ازدواجی حیثیت: غیر شادی شدہ شادی شدہ مطلقہ

پرائمری فون نمبر: _____ (_____) گھر موبائل کام دیگر

ای میل ایڈریس: _____

خدمت موصول کرنے کی تاریخ کے وقت ہیلتھ انشورنس: کوئی انشورنس نہیں Medicare Medicaid دیگر: _____

حصہ دوم: خاندانی آمدنی اور اثاثے

اپنے، اپنے شریک حیات اور تمام دیگر افراد خانہ کے لیے آمدنی فراہم کریں (اگر قابل اطلاق ہے)۔

ذرائع آمدنی	خدمت سے قبل 3 مہینوں کے لیے مجموعی	خدمت سے قبل 12 مہینوں کے لیے مجموعی
اجرت/آزاد پیشہ	\$	\$
سوشل سیکیورٹی	\$	\$
پینشن، منافع، سود، کرائے کی آمدنی	\$	\$
بیروزگاری، کارکن کا معاوضہ	\$	\$
امداد اطفال (صرف اس صورت میں اگر مریض موصول کنندہ ہے)	\$	\$
دیگر	\$	\$

کل مجموعی اثاثے (اثاثے - قرضے) درخواست کی تاریخ کے مطابق: ڈالر _____

حصہ سوم خاندان کی معلومات اور آمدنی

اپنے گھرانے میں شامل تمام افراد اور ان کی تاریخ پیدائش درج کریں۔

براہ کرم اپنے قریبی خاندان کے ان تمام افراد کی درج ذیل معلومات فراہم کریں جو آپ کے گھر میں رہتے ہیں۔ HCAP کے مقاصد کے لیے، خاندان کو مریض، مریض کا شریک حیات، اور مریض کے 18 سال سے کم عمر بچے (حقیقی یا گود لیے) شامل ہیں جو مریض کے گھر میں مقیم ہوں۔ مریض کی عمر 18 سال سے کم ہونے کی صورت میں، خاندان میں مریض، مریض کے حقیقی یا تولیتی والد/والدہ (والدین)، اور 18 سال سے کم عمر (حقیقی یا لے پالک) بچوں کے والد/والدہ (والدین) جو مریض کے گھر میں مقیم ہوں، شامل ہوتے ہیں۔

گھرانے کے افراد کا نام، اس میں مریض کی _____ تاریخ پیدائش _____ مریض سے رشتہ شامل ہے _____

1. مریض: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

ذیل میں دستخط کر کے، میں تصدیق کرتا ہوں کہ جو کچھ اس درخواست اور کسی بھی منسلکات میں بیان کیا گیا ہے، وہ سچ ہے۔

ذمہ دار فریق کے دستخط: X _____ تاریخ: _____