



4802 Tenth Avenue, Brooklyn, NY 11219

**مالی مدد کی درخواست**

اس درخواست کے ساتھ شناخت کا ثبوت، آمدنی اور اثاثوں کا ثبوت لگانا ہوگا۔  
مانگے گئے تمام دستاویزات کی نقول ارسال کریں۔ حقیقی دستاویزات نہ بھیجیں۔ کیونکہ ان کو واپس نہیں کیا جائے گا۔

**ذاتی معلومات – حصہ 1**

- 1- مریض کا نام: \_\_\_\_\_ پہلا \_\_\_\_\_ آخری \_\_\_\_\_ ایم ائی \_\_\_\_\_
- 2- سماجی تحفظ نمبر: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_
- 3- درخواست کی تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 4- خدمت کی شروعاتی تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 5- خدمت کی درخواست کردہ تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 6- مریض کی گلی کا پتہ: \_\_\_\_\_
- 7- شہر، ریاست اور زپ کوڈ: \_\_\_\_\_
- 8- ٹیلی فون نمبر: \_\_\_\_\_
- 9- فیملی کے ممبران کی تعداد\*: \_\_\_\_\_
- 10- امریکی شہریت:  ہاں  نہیں  درخواست زیر غور
- 11- شناخت کا ثبوت: شہریت کے کاغذات، پاسپورٹ، پیدائشی سرٹیفیکیٹ، گاڑی چلانے کا لائسنس: \_\_\_\_\_
- 12- رہائش کا ثبوت: (افادیاتی بل، حالیہ کرائے کی رسیدیں): \_\_\_\_\_

**حصہ 2 – معیار برائے اثاثے**

ہسپتال میں دیکھ بھال میں مدد کے لئے اہلیت کا تعین کرتے وقت کسی بالغ فرد کے اثاثوں میں اس کے شریک حیات کے اثاثوں کو شامل کیا جاتا ہے؛ نابالغ بچوں کے اثاثوں میں ان کے والدین اور/یا جن قانونی سرپرستوں کے ساتھ بچے رہ رہے ہیں ان کے اثاثوں کو شامل کیا جاتا ہے۔

- 12- فرد کے اثاثے: \_\_\_\_\_
- 13- شریک حیات، والدین یا قانونی سرپرستوں کے اثاثے (اگر لاگو ہو): \_\_\_\_\_
- 14- اثاثوں میں ذیل کو شامل کیا جاتا ہے:
  - A- نقدی \_\_\_\_\_
  - B- بچت کھاتے \_\_\_\_\_
  - C- چالو کھاتے \_\_\_\_\_
  - D- جمع رقوم کے سرٹیفیکیٹ \_\_\_\_\_
  - E- اکیوٹی ان رینل اسٹیٹ (ابتدائی رہائش کے علاوہ) \_\_\_\_\_
  - F- دوسرے اثاثے (ٹریزری بل، نیگوشیبل پیپر \_\_\_\_\_)
  - G- کل میزان \_\_\_\_\_

\* فیملی کے ممبران کی تعداد میں مریض کے ساتھ قیام پذیر شریک حیات، مریض یا مریض کے شریک حیات پر منحصر افراد کو شامل کیا جاتا ہے۔ نابالغ بچے مریضوں کی صورت میں فیملی کے ممبران کی تعداد میں نابالغ بچے، مریض کے ساتھ قیام پذیر والدین اور ایسے والدین پر منحصر افراد کو شامل کیا جاتا ہے۔

### حصہ 3 – معیار برائے آمدنی

ہسپتال میں دیکھ بھال میں مدد کے لئے اہلیت کا تعین کرتے وقت کسی بالغ فرد کی آمدنی میں اس کے شریک حیات کی آمدنی کو شامل کیا جاتا ہے؛ نابالغ بچوں کی آمدنی میں ان کے والدین اور/یا جن قانونی سرپرستوں کے ساتھ بچے رہ رہے ہیں ان کی آمدنی کو شامل کیا جاتا ہے۔

#### اس درخواست کے ساتھ آمدنی کا ثبوت لگانا ہوگا

آمدنی کا حساب خدمت کی تاریخ سے قبل گزشتہ چار ہفتوں کی کمائی پر لگایا جاتا ہے۔

### 15. آمدنی کے ذرائع:

- A. تنخواہ / کٹوتیوں سے قبل اجرت  
\_\_\_\_\_ (گزشتہ چار ہفتوں کی کمائی)
- B. عوامی مدد  
\_\_\_\_\_
- C. سماجی تحفظ کے فوائد  
\_\_\_\_\_
- D. بے روزگاری  
\_\_\_\_\_
- E. آزمودہ کار کے فوائد  
\_\_\_\_\_
- F. نان نفقہ / بچوں کی امداد  
\_\_\_\_\_
- G. دوسری مالی امداد  
\_\_\_\_\_
- H. پنشن ادائیگی  
\_\_\_\_\_
- I. بیمہ یا سالانہ ادائیگیاں  
\_\_\_\_\_
- J. ڈویڈنڈ / سود  
\_\_\_\_\_
- K. کرائے کی آمدنی  
\_\_\_\_\_
- L. اصل کاروباری آمدنی (آزاد پیشہ / آزاد ذرائع سے تصدیق شدہ)  
\_\_\_\_\_
- M. دوسری آمدنی (ہڑتالی فوائد، دوران تربیت ادائیگیاں، ملیٹری فیملی تفویضات، جائیدادوں اور ٹرسٹوں سے آمدنی)  
\_\_\_\_\_
- N. میزان  
\_\_\_\_\_

### حصہ 4 – درخواست کنندہ کے ذریعے تصدیق

میں سمجھتا ہوں کہ جو معلومات میں داخل کرتا ہوں وہ مناسب ہیلتھ کیئر سہولت گاہ کے ذریعے تصدیق کئے جانے سے مشروط ہے۔ ان حقائق کے بارے میں جان بوجہ کر غلط اطلاع دینا مجھے ہسپتال کے تمام اخراجات کی ادائیگی کا ذمہ راد بنا دے گا۔

اگر ہیلتھ کیئر سہولت گاہ کی جانب سے کہا جاتا ہے تو میں ہسپتال کے بل کی ادائیگی کے لئے سرکاری یا نجی طبی امداد کے لئے درخواست دوں گا۔

میں تصدیق کرتا ہوں کہ میری فیملی میں ممبران کی تعداد، آمدنی، اور اثاثوں کے متعلق مندرجہ بالا معلومات صحیح اور درست ہے۔

میں سمجھتا ہوں کہ آمدنی اور اثاثوں میں کسی تبدیلی کی صورت میں ہسپتال کو اطلاع دینا میری ذمہ داری ہے۔

16. مریض یا قانونی نمائندہ کے دستخط: \_\_\_\_\_

17. تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
مہینہ دن سال

مکمل کی ہوئی درخواست کے داخل کرنے پر، بشمول اہلیت کا تعین کرنے کے لئے ضروری کوئی معلومات یا دستاویزکاری، براہ کرم اس وقت تک کسی بھی بلوں کو نظرانداز کر دیں جب تک کہ میمورینڈم آپ کی درخواست کو منظور یا نامنظور کرنے کے بارے میں فیصلہ نہ لے لے۔