



### مالی امداد کی درخواست کی ہدایات

ہم اہل مریضوں کو طبی طور پر ضروری خدمات کے لئے مالی امداد فراہم کریں گے۔ مالی امداد کی اہلیت وفاق غربت کی رہنما ہدایات پر مبنی ہو گی (جسے وفاق رجسٹر میں سالانہ بنیادوں پر شائع کیا جاتا ہے)۔ جو مریض نشاندہی کرتے ہیں کہ طبی طور پر ضروری خدمات کی ادائیگی کے لئے ان کا بیمہ یا کوئی دیگر ذرائع نہیں ہیں، وہ مالی امداد پر غور کی درخواست کر سکتے ہیں۔

### براہ کرم درج ذیل دستاویزات لوٹائیں:

- مالی امداد کی مکمل درخواست (نامکمل درخواستوں پر غور نہیں کیا جائے گا)
- گھرانے کی آمدن کا ثبوت
- مشی گن کے رہائشی: آخری 4 تنخواہ کے ادوار کے سب سے حالیہ تنخواہ کی سلپ، پچھلے 2 مہینوں کے حالیہ بینک اسٹیٹمنٹس، آمدنی کے دیگر ثبوت، اثاثے (403b، 401k، وغیرہ)۔
- اوبائیو کے رہائشی: خدمات سے پہلے پچھلے 3 مہینوں کے سب سے حالیہ تنخواہ کی سلپ
- آمدن کی تصدیق کا فارم (اگر حال میں آپ کی کوئی آمدن نہیں)
- آخری مرتبہ جمع کرانے گئے وفاق ٹیکس ریٹرن کی نقل
- اگر کسی دستاویز کا حصول ممکن نہیں تو براہ مہربانی نوٹ کریں

براہ مہربانی درخواست پر کارروائی کے لیے 30 کاروباری دنوں کا وقت دیں۔ McLaren Health Care مالی امداد کی درخواست پر کارروائی کرنے کے لیے ضروری اضافی مالی دستاویزات کی درخواست کر سکتا ہے۔ گمشدہ اور/یا نامکمل درخواستوں یا دستاویزات کی وجہ سے درخواست کی کارروائی میں تاخیر ہوگی۔

براہ کرم چودہ (14) دنوں کے اندر اندر مکمل کردہ درخواست اور سپورٹنگ دستاویزات ذیل کو لوٹائیں:

McLaren Corporate Services  
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service  
50820 Schoenherr Rd.  
Shelby Township, MI 48315  
یا FinancialAssistance@mclaren.org

درخواست کردہ تمام معلومات کو مالی معاونت پر عمل درآمد/نظر ثانی کے لیے واپس کیا جانا ضروری ہے۔ اگر آپ کوئی سوال کرنا چاہتے ہیں یا درخواست مکمل کرنے میں مدد درکار ہے تو براہ کرم ذیل سے رابطہ کریں: مریضوں کی مالیاتی خدمات کسٹمر سروسز ڈیپارٹمنٹ (844) 321-1557

### آمدن کی تصدیق کا فارم

یہ فارم صرف تب استعمال کیا جائے جب مالی امداد کے درخواست گزار کی کوئی آمدن نہ ہو۔

یہ فارم تہی قابل قبول ہو گا اگر اس کے تمام خانوں کو پر کیا جائے۔

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| درخواست گزار کا موجودہ پتہ: | درخواست گزار کا نام: |
|-----------------------------|----------------------|

### درخواست گزار کی آمدن کی تصدیق

میں، \_\_\_\_\_، تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میری کوئی ایسی آمدن نہیں جو مجھے حاصل ہو چکی ہو یا ہونے والی ہو۔ میں مکملرن ہیلتھ کیئر کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ اس بیان کی تصدیق کریں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر مکملرن ہیلتھ کیئر کو معلوم ہو گیا کہ مجھے آمدن حاصل ہے یا حاصل ہو گی تو مجھے مالی امداد کی وصولی کے لئے نااہل قرار دے دیا جائے گا۔

اس وقت مجھے درج ذیل کی مدد حاصل ہے (بیان کریں کہ آپ بنیادی اخراجات، خوراک، لباس، چھت، کیسے پورے کرتے ہیں، اور مدد کرنے والے تمام افراد کے نام شامل کریں):

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کے لئے مکملرن ہیلتھ کیئر کا نمائندہ درج بالا افراد سے رابطہ کر سکتا ہے۔

### دستخط

درخواست گزار کے دستخط: \_\_\_\_\_

پرینٹ شدہ نام: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_

- McLaren-Macomb  
 McLaren Medical Group  
 McLaren-Oakland  
 McLaren-Orthopedic Hospital  
 McLaren Northern Michigan  
 McLaren Caro Region  
 McLaren Thumb Region  
 McLaren St. Lukes  
 دیگر
- McLaren-Bay Region  
 McLaren-Bay Special Care  
 McLaren Cancer Institute  
 McLaren-Central Michigan  
 McLaren-Clarkston  
 McLaren-Flint  
 McLaren-Greater Lansing  
 McLaren Health Care  
 McLaren Health Plan  
 McLaren Homecare Group  
 McLaren-Lapeer Region



## مالی امداد کی درخواست

کل واجب الادا رقم \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ نمبرز \_\_\_\_\_

مریض کا نام \_\_\_\_\_ سوشل سکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_

گھر کا پتہ \_\_\_\_\_ شہر \_\_\_\_\_ ریاست \_\_\_\_\_ زپ کوڈ \_\_\_\_\_

گھر کا فون \_\_\_\_\_ متبادل فون \_\_\_\_\_

ذمہ دار فریق کا نام (ضمانت دینے والا) \_\_\_\_\_ سوشل سکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_

آجر \_\_\_\_\_ ملازمت کا فون \_\_\_\_\_

براہ کرم ایک پر نشان لگائیں:  فعال ملازمت  ذاتی روزگار  بے روزگار  ریٹائرڈ  معذور

اگر آپ ملازم ہیں تو کس طرح کام کر رہے ہیں:  فل ٹائم  پارٹ ٹائم  مخصوص اوقات کے بغیر  فی ہفتہ اوسط گھنٹے \_\_\_\_\_

زوج کا نام \_\_\_\_\_ سوشل سکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_

زوج کا/کی آجر \_\_\_\_\_

براہ کرم ایک پر نشان لگائیں:  فعال ملازمت  ذاتی روزگار  بے روزگار  ریٹائرڈ  معذور

اگر آپ ملازم ہیں تو کس طرح کام کر رہے ہیں:  فل ٹائم  پارٹ ٹائم  مخصوص اوقات کے بغیر  فی ہفتہ اوسط گھنٹے \_\_\_\_\_

منحصر افراد کے نام اور عمریں (خود کو اور زوج کو شامل کریں) \_\_\_\_\_

### سیونگز (CD، منی مارکیٹ، IRA) چیکنگ اور کریڈٹ یونین اکاؤنٹس

| بینک کا نام | شہر | اکاؤنٹ کی قسم | بیلنس |
|-------------|-----|---------------|-------|
|             |     |               |       |
|             |     |               |       |
|             |     |               |       |

کیا آپ اپنے گھر کے مالک ہیں؟  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو ذیل میں بتائیں۔

کیا آپ کسی اور جائیداد کے مالک ہیں؟ گاڑیاں، آر ویز، دیگر رینل اسٹیٹ  ہاں  نہیں اگر ہاں، تو ذیل میں بتائیں۔

### اثاثہ جات

| اثاثہ جات - گھر، گاڑی وغیرہ | مارکیٹ ویلیو | قرضے کی بقایا رقم |
|-----------------------------|--------------|-------------------|
|                             |              |                   |
|                             |              |                   |
|                             |              |                   |

گھرانے کی مابانہ آمدن اور اخراجات

| رقم (مابانہ) | خرچے کا آئٹم                     | رقم (مابانہ) | آمدن کا آئٹم                         |
|--------------|----------------------------------|--------------|--------------------------------------|
|              | کرایہ/موٹگیج                     |              | گھرانے کی کل تنخواہ                  |
|              | جائیداد کے ٹیکسز                 |              | سوشل سکیورٹی آمدن                    |
|              | آٹو موبائل                       |              | سود کی آمدن                          |
|              | بیمہ: مالک مکان                  |              | کرایے کی آمدن                        |
|              | بیمہ: آٹو موبائل                 |              | طلاق کے بعد نان نفقہ                 |
|              | بیمہ: صحت                        |              | چائلڈ سپورٹ                          |
|              | بیمہ: زندگی                      |              | پنشن                                 |
|              | سہولیات                          |              | عمومی امداد                          |
|              | گھر کا سودا                      |              | بے روزگاری                           |
|              | گیسولین                          |              | ریاستی/وفاقی امداد                   |
|              | طبی                              |              | دوسروں کی مدد                        |
|              | طلاق کے بعد نان نفقہ/چائلڈ سپورٹ |              | زمین کے معاہدے کی آمدن               |
|              | دیگر (براہ مہربانی وضاحت کریں)   |              | ملازم کی مالی تلافی                  |
|              | دیگر (براہ مہربانی وضاحت کریں)   |              | فوجی خاندانوں کے لئے مقرر کردہ اشیاء |
|              | دیگر (براہ مہربانی وضاحت کریں)   |              | دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)           |

قرضوں اور کریڈٹ کارڈز کی قسطیں

| مابانہ ادائیگی | واجب الاداء رقم | قرض دار |
|----------------|-----------------|---------|
|                |                 |         |
|                |                 |         |
|                |                 |         |
|                |                 |         |
|                |                 |         |
|                |                 |         |

| کل اخراجات | کل آمدن |
|------------|---------|
|            |         |

براہ کرم اپنی آمدن اور اخراجات کے متعلق مزید تفصیلات لف کریں جو ممکنہ طور پر آپ کی درخواست سے متعلقہ ہوں۔

میں معرفت ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے بہترین علم کے مطابق درج بالا معلومات درست ہے۔ میں مکلارن ہیلتھ کیئر کارپوریشن (MHCC) اور اس کے ذیلی اداروں کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ کسی بھی معلومات کی کاملیت اور درستگی کی توثیق کریں۔ میں مکمل طور پر اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ MHCC اور اس کے ملحقہ اداروں کو دینے کے لئے ایسی معلومات دستیاب کی جائے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ایک خیراتی تنظیم کے طور پر MHCC مجھے ڈسکاؤنٹ پر یا مفت نگہداشت فراہم کر سکتی ہے۔ میں مزید سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ فیصلہ سازی کے عمل میں ذاتی کریڈٹ رپورٹ حاصل کی جا سکتی ہے۔

\_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ مریض یا ذمہ دار فریق کے دستخط

\_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ زوج کے دستخط

منظوریں بارہ ماہ تک قابل قبول ہیں، جس کے بعد مزید خدمات کے لئے تازہ معلومات طلب کی جائے گی۔ تمام بقایا بیلنس کے لئے ادائیگی کے قابل قبول انتظامات کیے جاتے چاہئیں اور MHCC کی صوابدید پر ان کا دوبارہ تجزیہ کیا جا سکتا ہے۔

\_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ مجاز دستخط

فیصلہ: