



## مالی امداد کی درخواست کے لئے ہدایات

طبی طور پر ضروری خدمات کے لئے ہم ان مریضوں کو مالی امداد فراہم کریں گے جو اہل ہوں۔

مالی امداد کے لئے اہلیت کا انحصار غربت کے وفاقی رہنما خطوط پر ہوگا (جسے وفاقی رجسٹر میں ہر سال شائع کیا جاتا ہے)۔ ایسے مریض جو یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ان کا طبی بیمہ نہیں ہے یا یہ کہ طبی طور پر ضروری خدمات کی ادائیگی کے کوئی اور ذرائع نہیں ہیں، وہ مالی امداد کے لئے غور کرنے کی درخواست کر سکتے ہیں۔

مالی امداد کی درخواست کرنے والوں کو لازماً وفاقی، ریاستی اور مقامی حکومت کے سبھی امدادی پروگراموں (Medicaid، County Health Plans وغیرہ...) کے لئے درخواست کرنی چاہیے اور اپنی درخواست کا ثبوت اور/یا پروگرام کی جانب سے درخواست مسترد کیے جانے کا ثبوت میک لارین ہیلتھ کیئر (McLaren Health Care) کو فراہم کرنا چاہیے۔

### براہ مہربانی، ذیل کے دستاویزات واپس کریں:

- مکمل کردہ مالی امداد کی درخواست (نامکمل درخواستوں پر غور نہیں کیا جائے گا)
- خاندان کی آمدنی کا ثبوت (گذشتہ 2 مہینوں کی تنخواہ کی سلپ، بینک کا اسٹیٹمینٹ یا کوئی دیگر ثبوت)
- آمدنی کی تصدیق کا فارم (اگر فی الحال آپ کی کوئی آمدنی نہ ہو)
- آخری بار بھرے گئے ٹیکس کا ریٹرن
- اگر کوئی دستاویز ناقابل حصول ہو تو براہ مہربانی نوٹ کریں

میک لارین ہیلتھ کیئر (McLaren Health Care) مالی امداد کی درخواست پر غور کرنے کے لئے اضافی مالی دستاویز کی درخواست کر سکتا ہے۔

براہ مہربانی مکمل کردہ درخواست اور اعانتی دستاویز چودہ (14) دنوں کے اندر درج ذیل کو واپس کریں:

McLaren Corporate Services  
Attn: Revenue Cycle Operations  
Schoenherr Rd 50820  
Shelby Township, MI 48315

اگر آپ کے کچھ سوالات ہوں یا درخواست پر کرنے میں مدد کی ضرورت ہو، تو براہ مہربانی رابطہ کریں:  
مریضوں کی مالی خدمات  
کسٹمر سروس ڈپارٹمنٹ  
(844) 321 - 1557

**آمدنی کی تصدیق کا فارم**

اس فارم کا استعمال تبھی کرنا چاہیے جب مالی امداد کے درخواست دہندہ نے کوئی آمدنی نہ ظاہر کی ہو۔  
فارم کے درست ہونے کے لئے ضروری ہے کہ اس کے تمام خانوں کو لازمی طور پر پر کیا جائے۔

درخواست دہندہ کا موجودہ پتہ:	درخواست دہندہ کا نام:
------------------------------	-----------------------

**درخواست دہندہ کی آمدنی کی تصدیق**

میں، \_\_\_\_\_، تصدیق کرتا/ کرتی ہوں کہ میری کوئی کمائی کردہ یا غیر کمائی کردہ آمدنی نہیں ہے۔ میں میک لارین ہیلتھ کیئر (McLaren Health Care) کو اس بیان کی تصدیق کرنے کی اجازت دیتا/ دیتی ہوں۔ میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ اگر میک لارین ہیلتھ کیئر (McLaren Health Care) کو پتہ چلتا ہے کہ میری کوئی کمائی کردہ یا غیر کمائی کردہ آمدنی ہے، تو میں مالی امداد موصول کرنے سے نا اہل قرار دیا جاؤں گا/ گی۔

فی الحال میری اعانت کر رہے ہیں (ان تمام افراد کے نام کے ساتھ جو آپ کو تعاون فراہم کر رہے ہیں، یہ بتائیں کہ آپ کے بنیادی اخراجات، کھانا، کپڑے اور رہائش کیسے پوری ہو رہی ہیں):

---

---

---

---

---

میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کرنے کے لئے میک لارین ہیلتھ کیئر (McLaren Health Care) کا کوئی نمائندہ مذکورہ بالا افراد سے رابطہ کر سکتا ہے۔

**دستخط**

درخواست دہندہ کے دستخط: \_\_\_\_\_

نام (جلی حروف میں): \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_



## نگہداشت صحت

- میک لارین سے ریجن
- میک لارین کی خصوصی نگہداشت
- میک لارین-لاپیر ریجن
- میک لارین-کینسر انسٹیٹیوٹ
- میک لارین-میکومب
- میک لارین-سینٹرل مشی گن
- میک لارین-میڈیکل گروپ
- میک لارین-کلارکسن
- میک لارین-اوکلینڈ
- میک لارین-فلنٹ
- میک لارین-صنوعی
- میک لارین-گریٹر لانسنگ
- بسپتال نورتھرن مشی گن ریجنل بسپتال
- میک لارین نگہداشت صحت
- دیگر
- میک لارین صحت منصوبہ

### مالی امداد کے لئے درخواست

کل بقایا جات \_\_\_\_\_ اکاؤنٹ # \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_

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

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

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

ذمہ دار فریق کا نام (ضامن دار) \_\_\_\_\_ سوشل سکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_

آجر \_\_\_\_\_ کام کا فون نمبر \_\_\_\_\_

براہ مہربانی کسی ایک پر نشان لگائیں:  فعال طور پر روزگار  ذاتی-روزگار  بے روزگار  ریٹائرڈ  معذور

اگر باروزگار ہیں - کیا آپ کام کرتے ہیں:  فل ٹائم  پارٹ ٹائم  بے قاعدہ  اوسط # گھنٹے/ہفتہ \_\_\_\_\_

شریک حیات کا نام \_\_\_\_\_ سوشل سکیورٹی نمبر \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش \_\_\_\_\_

شریک حیات کا آجر \_\_\_\_\_

براہ مہربانی کسی ایک پر نشان لگائیں:  فعال طور پر روزگار  ذاتی-روزگار  بے روزگار  ریٹائرڈ  معذور

اگر باروزگار ہیں - کیا آپ کام کرتے ہیں:  فل ٹائم  پارٹ ٹائم  بے قاعدہ  اوسط # گھنٹے/ہفتہ \_\_\_\_\_

منحصرین کے نام اور عمریں (اپنے آپ اور اپنے شریک حیات کو شامل کریں) \_\_\_\_\_

### بچت (سی ڈی، منی مارکیٹ، IRA)، چیکنگ اور کریڈٹ یونین اکاؤنٹس

بیٹنگ کا نام	شہر	اکاؤنٹ کی قسم	بیٹنگ

کیا آپ گھر کے مالک ہیں؟  ہاں  نہیں

اگر ہاں، تو ذیل میں درج کریں۔

کیا آپ کی اور بھی املاک ہیں؟ گاڑیاں، RV، دیگر رینل اسٹیٹ  ہاں  نہیں اگر ہاں ہو، تو ذیل میں درج کریں۔

#### املاک

املاک - گھر، گاڑی، وغیرہ	مارکیٹ میں قیمت	قرضہ جات کی رقم

گھرانہ کی مابانہ آمدنی اور اخراجات

رقم (مابانہ)	اخراجات اٹم	رقم (مابانہ)	انکم اٹم
	کرایہ/ رہن		گھرانہ کی مجموعی تنخواہ
	پراپرٹی ٹیکس		سوشل سیکورٹی انکم
	آٹو موبائل		سودی انکم
	بیمہ: گھر مالکین		کرایہ کی انکم
	بیمہ: آٹو موبائل		نان و نفقہ
	بیمہ: صحت		بچے کی اعانت
	بیمہ: زندگی		پینشن
	یوٹیلیٹیز		عمومی امداد
	گراسری		بے روزگاری
	گیسولین		ریاستی/ وفاقی امداد
	طبی		دوسروں سے مشارکت
	نان و نفقہ/ بچے کی اعانت		اراضی معاہدہ آمدنی
	دیگر		کارکنوں کا معاوضہ
	دیگر		ملٹری خاندان کے الاٹمنٹس
	دیگر		دیگر (براہ مہربانی بیان کریں)

قرضہ جات اور کریڈٹ کارڈز کی قسطیں

مابانہ ادائیگی	بقایا واجبات	کریڈٹ

کل اخراجات	کل آمدنی

براہ مہربانی اپنی آمدنی اور اخراجات کی دیگر تفصیلات منسلک کریں جو آپ کی درخواست سے متعلق ہو۔

میں بذریعہ ہذا بیان کرتا/ کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا معلومات میرے علم کے مطابق درست ہے۔ میں میک لارین ہیلتھ کیئر کارپوریشن (MHCC) کو اور اس کی ذیلی کمپنیوں کو اجازت دیتا/ دیتی ہوں کہ کسی بھی معلومات کی تکمیل اور درستگی کی تصدیق کریں۔ میں اس معلومات کو MHCC اور اس کے حلیف اداروں کو دستیاب کرانے جانے کی بھی اجازت دیتا/ دیتی ہوں۔ میں سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ ایک رفاہی تنظیم کے بطور، MHCC مجھے رعایتی یا مفت نگہداشت فراہم کر سکتی ہے۔ میں اس بات کو بھی سمجھتا/ سمجھتی ہوں کہ فیصلہ کرنے کے عمل میں ایک ذاتی کریڈٹ رپورٹ حاصل کی جا سکتی ہے۔

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

\_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ شریک حیات کے دستخط

منظوریاں چھ مہینے تک درست مانی جائیں گی، جس کے بعد مزید خدمات کے لئے تازہ معلومات درکار ہوں گی۔ کسی بھی بقایا جات کی ادائیگی کے لئے، قابل اتفاق انتظامات کا کیا جانا لازمی ہوگا اور MHCC کی صواب دید پر اس کی باز قدر پیمانی کی جا سکے گی۔

تاریخ

اجازت کردہ دستخط

منظور کردہ  مسترد کردہ

مسترد کنے جانے کا سبب: