

_____ **Guarantor Name:** / ضامن کا نام _____ **Date:** / تاریخ
_____ **Date(s) of Service:** / (تاریخیں) سروس کی تاریخ _____ **Patient Name:** / مریض کا نام
_____ **Medical Record # / #** طبی ریکارڈ _____ **Account # / #** اکاؤنٹ

محترم مریض اور/یا ضامن۔

آپ کو ٹیکساس ہیلتھ ریسورسز (Texas Health Resources) کی مالی امداد کی درخواست اس کے ساتھ منسلک ملے گی۔ اس درخواست کو مکمل کرنے سے، ہمیں آپ کے ہسپتال، معالج یا فوری نگہداشت کے بل (بلز) کے سلسلے میں مالی امداد کے حوالے سے آپ کے اکاؤنٹ کو مد نظر رکھ کر پیش کرنے میں مدد ملے گی۔ یہ صرف آپ کے ٹیکساس ہیلتھ ہسپتال (Texas Health Hospital)، Texas Health بریز آرجنٹ کیئر (Texas Health Breeze Urgent Care) یا ٹیکساس ہیلتھ فزیشن گروپ (Texas Health Physician Group) کے واجب الادا بیلنسز کے لیے ہے۔

ہم آپ کی رازداری کی خواہش کو سمجھتے ہیں۔ لہذا، تصدیقی مقاصد کے علاوہ، آپ کی درخواست میں موجود معلومات کے ساتھ رازدارانہ معلومات کے طور پر برتا جائے گا۔ اس کا اشتراک محض Texas Health ریسورسز میں موجود ان افراد کے ساتھ کیا جائے گا جنہیں اس کے متعلق علم ہونا چاہیے۔

براہ کرم درخواست میں موجود ہر چیز مکمل کریں۔ اگر آپ کو کسی بھی قسم کی وضاحتوں کے حوالے سے اضافی جگہ درکار ہو، تو براہ کرم درخواست کے پچھلے حصے کو استعمال کریں۔

درخواست پر عمل درآمد کرنے کے لیے آمدنی کا ثبوت درکار ہوتا ہے۔ براہ کرم ذیل میں مطلوبہ دستاویزات دیکھیں۔ مطلوبہ دستاویز کی فراہمی میں ناکامی کے نتیجے میں مالی امداد کے حوالے سے زیر غور درخواست مسترد کی جا سکتی ہے۔

یہ ضروری ہے کہ آپ اس درخواست کو وصول کرنے کے بعد جلد از جلد مکمل کریں اور اسے واپس کر دیں۔

اگر آپ کو اس درخواست کو مکمل کرنے میں دشواری کا سامنا ہے یا کوئی ایسی چیز ہے جو واضح نہیں ہے، تو براہ کرم ہماری ٹیم کو کال کریں۔ آپ کی درخواست کو مکمل کرنے کے سلسلے میں ہمیں آپ کا تعاون درکار ہے۔

آمدنی کے حوالے سے مطلوبہ دستاویزات کے ثبوت کا دارومدار آپ کے مالی حالات پر ہو گا۔

آپ کی مالی امداد کے کیس کے نتائج کا تعین کرنے کے لیے درج ذیل دستاویزات میں سے کوئی یا تمام درکار ہو سکتی ہیں۔

1. تمام ملازمتوں کی تنخواہ کی رسیدیں - کی جانے والی ہر نوکری کی تنخواہ کی حالیہ 3 رسیدیں۔
2. سماجی تحفظ یا پنشن کی اسٹیٹمنٹس
3. ذاتی ملازمت کرنے والے شخص کے لیے کیلنڈر سال کے حالیہ ترین فائل کردہ پرسنل ٹیکس ریٹرن اور 3 ماہ کی مفصل پرسنل بینک اسٹیٹمنٹس فراہم کرنا لازمی ہیں۔
- a. یکس ریٹرن = پرسنل 1040 پلس شیڈول 1 اور شیڈول 1 پر حوالہ دیئے گئے کوئی دوسرے شیڈولز
4. متعلقہ مدت کے دوران تمام ملازمتوں کی W-2 یا 1099 اسٹیٹمنٹس۔
5. مراعات برائے بے روزگاری - بے روزگاری کی وجہ سے ادا کیے جانے والے معاوضے کے حوالے سے منظوری یا مسترد کیے جانے کے فارمز۔
6. چائلڈ سپورٹ انکم کا ثبوت - اٹارنی جنرل کی سماری کو ترجیح دی جاتی ہے۔
7. دستیاب وسائل کا ثبوت - مفصل پرسنل بینک اسٹیٹمنٹس
8. Medicaid اور/یا ریاست سے فنڈ کردہ طبی امداد کے لیے اہلیت کی منظوری یا مسترد کیے جانے کے فارمز۔
9. آجروں یا فلاحی ایجنسیز کے تحریری بیانات۔
10. خوراک اور پناہ گاہ کی ضروریات فراہم کرنے والے فریق کی جانب سے معاونت کے حوالے سے دستخط شدہ خط
11. ورکر کی اجرتی آمدن کا ثبوت
12. معذوری کی وجہ سے آمدن کے مختصر مدتی یا طویل مدتی معذوری کی آمدنی کی اسٹیٹمنٹ
13. SNAP مراعات کے حوالے سے اہلیت کی منظوری یا مسترد کیے جانے کے فارمز۔



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

درخواست برائے مالی امداد - صفحہ 1

_____ Patient Name: / مریض کا نام / _____ Last / آخری / _____ First / پہلا / _____ MI / درمیانی پہلا حرف /

_____ Social Security # / # سوشل سکیورٹی / _____ DOB: / تاریخ پیدائش / _____ Account #: / # اکاؤنٹ /

_____ / شادی شدہ / _____ / سنگل / _____ / طلاق یافتہ / _____ / بیوہ / _____ / علیحدگی /
Married Single Divorced Widowed Separated

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ Do you have minor children (under 18)? / کیا آپ کے ہاں (18 سال سے کم عمر) نابالغ بچے موجود ہیں؟ /

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ Do they live with you? / کیا وہ آپ کے ساتھ رہائش پذیر ہیں؟ /

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ کیا آپ نے انہیں جنم دیا ہے / وہ قانونی طور پر گود لیے گئے بچے ہیں؟ /

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ Are they your birth/legally adopted children? /

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ Patient Employed? / مریض برسر روزگار ہے؟ /

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ Spouse Employed? / خاوند/بیوی برسر روزگار ہے؟ /

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ Do you have medical insurance? / کیا آپ کے پاس میڈیکل انشورنس موجود ہے؟ /

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ Are you a member of a healthshare/cost sharing plan? / کیا آپ ہیلتھ شیئر/کاسٹ شیئرنگ پلان کے ممبر ہیں؟ /

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ Are you on disability? How long? / کیا آپ معذوری کا شکار ہیں؟ کب سے؟ /

_____ / No / نہیں / _____ / Yes / ہاں / _____ Are you a veteran? / کیا آپ سابق فوجی ہیں؟ /

فیملی ممبرز - (گھر میں رہنے والے افراد)
Spouse: / خاوند/بیوی /

_____ Age: / عمر / _____ Child: / بچہ /

_____ Age: / عمر / _____ Child: / بچہ /

_____ Age: / عمر / _____ Child: / بچہ /

_____ Age: / عمر / _____ Child: / بچہ /

آمدن (مابانہ رقم):

مابانہ رقم / Monthly Amount	اخراجات / Expenses	خالص رقم / Net	مجموعی رقم / Gross	
\$	Mortgage/Rent / مورگیج/کرایہ	\$	\$	Patient / مریض
\$	Utilities / یوٹیلیٹیز	\$	\$	Spouse / خاوند/بیوی
\$	Car Payments / کار کی ادائیگیاں	\$	\$	Dependents / زیر کفالت افراد
\$	Food / Groceries / خوراک / گراسریز	\$	\$	Public Assistance / عوامی امداد
\$	Credit Cards / کریڈٹ کارڈز	\$	\$	Food Stamps / فوڈ اسٹیمپس
\$	Other / دیگر	\$	\$	Social Security / سوشل سکیورٹی
\$	(please specify / براہ کرم واضح کریں)	\$	\$	Unemployment / بے روزگاری
\$		\$	\$	Strike Benefits / اسٹرائک بینیفٹس
\$		\$	\$	ورکر کی اجرتی آمدن /
\$		\$	\$	Worker's Compensation / ورکر کی اجرتی آمدن
\$		\$	\$	Alimony / نان نفقہ
\$		\$	\$	Child Support / چائلڈ سپورٹ
\$		\$	\$	فوجی الائمنٹس /
\$		\$	\$	Military Allotments / فوجی الائمنٹس
\$		\$	\$	Pensions / پنشنز
\$		\$	\$	آمدن بذریعہ: CD سے،
\$		\$	\$	کرایہ، ڈیویڈنڈز پر سود /
\$		\$	\$	Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest
\$		\$	\$	TOTAL / کل

اثاثہ جات

_____ \$ Checking Account / چیکنگ اکاؤنٹ

_____ \$ Savings Account / سیونگز اکاؤنٹ

_____ \$ CD's, IRA's / IRA's .CD's

_____ \$ دیگر سرمایہ کاریاں (اسٹاکس، بانڈز، وغیرہ) /

_____ \$ Other Investments (Stocks, bonds, etc.)

_____ \$ جائیدادیں/بنیادی رہائش کے علاوہ کوئی دوسری زمین /

_____ \$ Properties/Land other than primary residence



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

درخواست برائے مالی امداد - صفحہ 2

_____	خاوند/بیوی کا آجر / Spouse's Employer:	_____	آجر کا نام / Name of Employer
_____	تیلی فون # / Telephone #	_____	تیلی فون # / Telephone #
_____	آجر کا پتہ / Employer Address	_____	آجر کا پتہ / Employer Address
_____	پیشہ / Occupation	_____	پیشہ / Occupation
No / نہیں _____	Yes / ہاں _____	کیا آپ فی الحال Medicaid کی مراعات کے لیے درخواست دے رہے ہیں؟ / Are you currently applying for Medicaid Benefits?	
No / نہیں _____	Yes / ہاں _____	کیا آپ نے اپنے کاؤنٹی ہسپتال/انڈیجینٹ پروگرام کے ذریعے امداد کے لیے درخواست دی ہے؟ / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?	
No / نہیں _____	Yes / ہاں _____	کیا آپ کا/کی فریڈن اپنی سروسز عطیہ کر رہا/رہی ہے؟ / Is your physician donating his/her services?	
No / نہیں _____	Yes / ہاں _____	کیا آپ کے حادثے/چوٹ/بیماری کے لیے کوئی بھی ممکنہ ذمہ دار فریقین ٹالٹ موجود ہیں؟ / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?	
No / نہیں _____	Yes / ہاں _____	کیا کوئی آپ کے Texas Health طبی بلز کی ادائیگی میں مدد کر رہا ہے؟ / Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?	
		Who is assisting you? / آپ کی مدد کون کر رہا ہے؟	
		آپ امداد کی مد میں کتنی رقم وصول کر رہے ہیں؟ / How much assistance are you receiving?	

ایسی کوئی بھی اضافی معلومات شامل کریں جو آپ کے خیال میں آپ کے Texas Health میٹیکل کے بلز کی ادائیگی میں مدد کے حوالے سے آپ کی اہلیت کا تعین کرنے میں ہمارے لیے کارآمد ثابت ہو سکتی ہوں۔ /
List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

وہ متوقع منافع جات اور/یا فنڈز جو آپ کو اپنی بیماری کی وجہ سے اپنی چھٹی کے دوران موصول ہوں گے۔ /
Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.
(بیماری کی وجہ سے چھٹی، بامعاوضہ رخصت، مختصر/طویل مدتی معذوری کی وجہ سے آمدنی /
Sick leave, paid time off, short/long term disability income).

\$ _____

اس متوقع مدت کے دوران آپ کام کرنے اور/یا اجرتیں وصول کرنے کے قابل نہیں ہوں گے /
Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ Texas Health ریسورسز اس درخواست کی جانچ کے سلسلے میں اس درخواست میں موجود مالیاتی معلومات کی تصدیق کر سکتے ہیں اور میں Texas Health کو اس بات کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کرنے اور کریڈٹ رپورٹنگ ایجنٹس سے رپورٹس کے حوالے سے درخواست کرنے کے لیے میرے آجر سے رابطہ کر سکتے ہیں۔ میں اس بات سے واقف ہوں کہ یہ معلومات مالی امداد کے حوالے سے میری اہلیت کا تعین کرنے کے لیے استعمال کی جائیں گی اور یہ کہ اس درخواست میں غلط معلومات فراہم کرنے کے نتیجے میں میری مالی امداد کی درخواست رد کی جا سکتی ہے۔ میں یہ بھی جانتا/جانتی ہوں کہ فریق ٹالٹ یا کسی دوسرے ذریعے سے وصولی کی صورت میں کسی بھی مالی امداد کی منظوری کو مکمل یا جزوی طور پر تبدیل کیا جا سکتا ہے۔

[صرف فریق ٹالٹ کی ذمہ داری] میں اس بات سے بھی بخوبی واقف ہوں کہ مجھے مالی امداد کی مد میں جو بھی نگہداشت وصول ہوتی ہے اسے ہسپتال کی جانب سے اس کے ہسپتال کے قرض کی باز ادائیگی کی اس رقم کے طور پر نہیں سمجھا جائے گا جو مجھ پر واجب الادا ہے اور یہ کہ اس ہسپتال میں داخلے کے حوالے سے مجھے جو بھی باز ادائیگی موصول ہوتی ہے اسے Texas Health Resources کو بھیجنا لازمی ہے۔

Date / تاریخ _____

درخواست کرنے والے شخص کے دستخط، اگر مریض ہے /
Signature of Person Making Request, If Patient

Relationship / تعلق _____

درخواست کرنے والے شخص کے دستخط، اگر مریض نہیں ہے /
Signature of Person Making Request, If Not Patient

گھر کا تیلی فون نمبر /
Home Telephone Number

مریض کا پتہ /
Patient's Address

شہر /
City

ریاست /
State

کاؤنٹی /
County

ZIP