

NYS یونیفارم ہسپتال مالی امداد کی درخواست

ہسپتال اور پیشہ ورانہ خدمات کے لیے جو سہولیات اور ٹرینیٹی صحت کے معالجین کے ذریعے فراہم کی جاتی ہیں

اگر آپ کا بیمہ نہیں ہے، اگر آپ کا بیمہ ختم ہو گیا ہے، یا اگر آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس ہے لیکن آپ کے پاس آپ کی آمدنی کے 10% سے زیادہ ادا شدہ طبی اخراجات کا ثبوت ہے تو آپ اپنے بلوں کی ادائیگی کے لیے ہسپتال کی مالی مدد کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس فارم کو مکمل کرنے سے ہسپتال کی مالی امداد کے لیے آپ کی درخواست شروع ہو جائے گی۔ یہ فارم نیو یارک اسٹیٹ کے تمام ہسپتال استعمال کرتے ہیں۔ ہم آپ کو بغیر کسی قیمت کے ایک مترجم فراہم کریں گے تاکہ ہم انگریزی میں مطلوبہ معلومات اکٹھی کر سکیں۔

ذاتی اور رازدارانہ

[Guarantor Name Smarttext]

[Guarantor Address Smarttext]

[Date Smarttext]

[Guarantor Smarttext]: ضامن:

[Smarttext] کیس نمبر:

کیس میں شامل مریض:

[Smarttext patient name(s)]

محترم [patient name Smarttext]،

آپ کا شکریہ کہ آپ نے [RHM Smarttext] کو اپنے صحت کی دیکھ بھال کے فراہم کنندہ کے طور پر منتخب کیا۔ براہ کرم منسلک درخواست کو مکمل کریں اور اپنی مالی امداد کا جائزہ مکمل کرنے کے لیے نیچے دیئے گئے پتے پر واپس جائیں۔

اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو براہ کرم ہمارے کسٹمر سروس سینٹر سے 800-494-5797 پر، پیر سے جمعہ صبح 9:00 بجے سے شام 5:00 بجے کے درمیان رابطہ کریں۔ ای ٹی۔ سلام کے بعد، 1 دہائی، پھر نمائندے سے بات کرنے کے لیے 2 دہائیں۔ براہ کرم اپنی ضرورت کی زبان بتائیں، ہم آپ کے لیے ایک مترجم لائن پر لے آئیں گے۔

مخلصانہ طور پر،

ٹرینیٹی ہیلتھ انٹریٹرز مریض مالی خدمات

[RHM Smarttext] کی جانب سے

20555 وکٹر پارک وے

لیوونیا، ایم آئی 48152

NYS یونیفارم ہسپتال مالی امداد کی درخواست

ہسپتال اور پیشہ ورانہ خدمات کے لیے جو سہولیات اور ٹرینیٹی صحت کے معالجین کے ذریعے فراہم کی جاتی ہیں

اگر آپ کا بیمہ نہیں ہے، اگر آپ کا بیمہ ختم ہو گیا ہے، یا اگر آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس ہے لیکن آپ کے پاس آپ کی آمدنی کے 10% سے زیادہ ادا شدہ طبی اخراجات کا ثبوت ہے تو آپ اپنے بلوں کی ادائیگی کے لیے ہسپتال کی مالی مدد کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس فارم کو مکمل کرنے سے ہسپتال کی مالی امداد کے لیے آپ کی درخواست شروع ہو جائے گی۔ یہ فارم نیو یارک اسٹیٹ کے تمام ہسپتال استعمال کرتے ہیں۔ ہم آپ کو بغیر کسی قیمت کے ایک مترجم فراہم کریں گے تاکہ ہم انگریزی میں مطلوبہ معلومات اکٹھی کر سکیں۔

مریض کا نام (مکمل معلومات جو لاگو ہو)		
تاریخ پیدائش (mm/dd/yyyy)	مریض کا نام (پہلا، درمیانی، آخری)	
رابطہ فون نمبر		
اپارٹمنٹ/ یونٹ #	ڈاک کا پتہ	
زپ کوڈ	ریاست	شہر
والدین/سرپرست یا قانونی نمائندے کا نام (اگر مریض نابالغ بچہ یا معذور بالغ ہو)		
ای میل ایڈریس		
کل مجموعی آمدنی (موجودہ)	رشتہ	پورا نام
ہسپتال آپ سے آمدنی کے ثبوت کے طور پر دستاویزات جمع کرانے کی درخواست کر سکتا ہے، دستاویزات کی مثالوں میں بے اسٹب، اگر متعلقہ ہو تو آپ کے آجر کا خط، یا فارم 1040 شامل ہو سکتے ہیں۔		

NYS یونیفارم ہسپتال مالی امداد کی درخواست

ہسپتال اور پیشہ ورانہ خدمات کے لیے جو سہولیات اور ٹرینیٹی صحت کے معالجین کے ذریعے فراہم کی جاتی ہیں

اگر آپ کا بیمہ نہیں ہے، اگر آپ کا بیمہ ختم ہو گیا ہے، یا اگر آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس ہے لیکن آپ کے پاس آپ کی آمدنی کے 10% سے زیادہ ادا شدہ طبی اخراجات کا ثبوت ہے تو آپ اپنے بلوں کی ادائیگی کے لیے ہسپتال کی مالی مدد کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس فارم کو مکمل کرنے سے ہسپتال کی مالی امداد کے لیے آپ کی درخواست شروع ہو جائے گی۔ یہ فارم نیو یارک اسٹیٹ کے تمام ہسپتال استعمال کرتے ہیں۔ ہم آپ کو بغیر کسی قیمت کے ایک مترجم فراہم کریں گے تاکہ ہم انگریزی میں مطلوبہ معلومات اکٹھی کر سکیں۔

صحت کے انشورنس کی حیثیت

کیا آپ کے پاس صحت انشورنس کی کوئی شکل موجود ہے، بشمول میڈیکیڈ، میڈیکیئر، یا اپنے آجر کے ذریعے یا خود خریدی گئی نجی انشورنس؟ جی ہاں نہیں

اگر آپ نے "نہیں" کا جواب دیا ہے تو کیا آپ ان پروگرامز کے لیے درخواست دینے میں مدد چاہتے ہیں؟ جی ہاں نہیں

کم بیمہ شدہ مریض: بیمہ اور زیادہ طبی اخراجات والے لوگ۔ اگر آپ کے پاس انشورنس ہے، تو براہ کرم ان میڈیکل بلوں کا تخمینہ فراہم کریں جو آپ نے پچھلے 12 مہینوں میں ادا کیے ہیں۔

\$

ہسپتال آپ سے ادا شدہ طبی اخراجات کے ثبوت کے طور پر دستاویزات جمع کرانے کی درخواست کر سکتا ہے۔

مریض/نمہ دار فریق: اگر مریض نہیں، تو فارم پر دستخط کرنے والے شخص کا نام اور مریض کی طرف سے دستخط کرنے کا اختیار درج کریں (مثلاً، شریک حیات، والدین، قانونی نمائندہ)۔

میں سمجھتا ہوں کہ میری جمع کرائی گئی معلومات بیرونی ذرائع سے تصدیق کے تابع ہو سکتی ہیں۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ معلومات میرے علم کے مطابق سچی اور مکمل ہیں۔

نام تحریر کریں
مریض کے ساتھ رشتہ

تاریخ

دستخط

براہ کرم اپنی درخواست اوپر دیے گئے پتے پر میل کریں، فیکس نمبر 3350-871-312 پر بھیجیں، یا MyChart (مریض پورٹل) کے ذریعے دستاویزات اپ لوڈ کریں - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> اگر آپ کو کوئی سوال ہو تو براہ کرم ہمارے کسٹمر سروس سینٹر سے 800-494-5797 پر پیر سے جمعہ، صبح 9 بجے سے شام 5 بجے تک رابطہ کریں۔ ای ٹی۔

کم از کم اہلیت اور رہنما اصول

درخواست کی ٹائم لائن، مریض کے حقوق، اور رازداری

آپ وصول کرنے کے عمل کے دوران کسی بھی وقت مالی امداد کے لیے درخواست دے سکتے ہیں۔

- آپ کو اس ہسپتال کو کوئی ادائیگی کرنے کی ضرورت نہیں ہے جب تک کہ آپ کو مالی امداد کے لیے اپنی درخواست پر کوئی فیصلہ موصول نہ ہو جائے۔ جب آپ کی درخواست زیر التواء ہو تو ہسپتال اکاؤنٹس کو وصولی کے لیے آگے نہیں بھیج سکتے۔
- اگر آپ کو مالی امداد سے انکار کر دیا جاتا ہے، تو آپ کو اپیل کرنے کا حق ہے۔ اسے کیسے کرنا ہے، اس کی معلومات ہسپتال کے نوٹس میں شامل کی جائے گی جو آپ کو موصول ہوگا۔ آپ کو اپنی مالی امداد کی رقم پر اپیل کرنے کا حق حاصل ہو سکتا ہے۔ ہسپتال اپنے فیصلہ نامہ میں اپیل کرنے کے طریقہ کے بارے میں معلومات شامل کرے گا۔
- ہسپتال آپ کے پہلے بل کے بعد کم از کم 180 دنوں تک وصولی کرنے والی ایجنسی کو بلا معاوضہ بل نہیں بھیج سکتے۔

NYS یونیفارم ہسپتال مالی امداد کی درخواست

ہسپتال اور پیشہ ورانہ خدمات کے لیے جو سہولیات اور ٹرینیٹی صحت کے معالجین کے ذریعے فراہم کی جاتی ہیں

اگر آپ کا بیمہ نہیں ہے، اگر آپ کا بیمہ ختم ہو گیا ہے، یا اگر آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس ہے لیکن آپ کے پاس آپ کی آمدنی کے 10% سے زیادہ ادا شدہ طبی اخراجات کا ثبوت ہے تو آپ اپنے بلوں کی ادائیگی کے لیے ہسپتال کی مالی مدد کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس فارم کو مکمل کرنے سے ہسپتال کی مالی امداد کے لیے آپ کی درخواست شروع ہو جائے گی۔ یہ فارم نیو یارک اسٹیٹ کے تمام ہسپتال استعمال کرتے ہیں۔ ہم آپ کو بغیر کسی قیمت کے ایک مترجم فراہم کریں گے تاکہ ہم انگریزی میں مطلوبہ معلومات اکٹھی کر سکیں۔

• ہسپتالوں کو وفاقی غربت کی سطح کے 400% سے کم مریضوں کے بلا معاوضہ طبی بلوں کی وصولی کے لیے قانونی کارروائی کرنے سے منع کیا گیا ہے، بشمول قانونی چارہ جوئی۔ غربت کے رہنما خطوط یہاں مل سکتے ہیں:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

• اس درخواست میں فراہم کردہ کسی بھی معلومات کو ہسپتال صرف مالی امداد کے لیے آپ کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے استعمال کرے گا اور قانون کی طرف سے اجازت دی گئی حد تک خفیہ رہے گا۔

• ہسپتال آپ کو طبی طور پر ضروری خدمات سے انکار نہیں کر سکتا کیونکہ آپ کا میڈیکل بل بقایا ہے۔

• اگر آپ کو اس درخواست میں مدد کی ضرورت ہو تو براہ کرم (ہسپتال کا نام) کے مالی امداد کے دفتر سے (فون نمبر) پر رابطہ کریں۔

• اگر آپ کو اس درخواست میں اضافی مدد کی ضرورت ہو یا فیصلے کی اپیل کرنے میں مدد چاہیے، تو آپ کمیونٹی ہیلتھ ایڈووکیٹس سے رابطہ کر سکتے ہیں: 5400-614-888۔

اہلیت

کسی بھی چیز سے ہسپتال کی یہ صلاحیت محدود نہیں ہوتی کہ وہ ذیل میں بیان کردہ آمدنی کی سطحوں سے زیادہ ادائیگی کی رعایت کے لیے مریض کی اہلیت قائم کرے اور/یا اہل مریضوں کے لیے عوامی صحت کے قانون کے تحت درکار رقم سے زیادہ ادائیگی کی رعایت فراہم کرے۔ مزید برآں، امیگریشن کی حیثیت مالی امداد کے تعین کے مقصد کے لیے اہلیت کا معیار نہیں ہوگی۔

درج ذیل افراد اہل ہیں:

ہیلتھ انشورنس کے بغیر کم آمدنی والے افراد؛ یا

• کم بیمہ شدہ افراد (پچھلے بارہ مہینوں میں جمع کیے گئے طبی اخراجات جو ایسے فرد کی مجموعی سالانہ آمدنی کے دس فیصد سے زیادہ ہیں)؛ یا

• وہ لوگ جنہوں نے اپنے ہیلتھ انشورنس کے فوائد ختم کر دیے ہیں، اور جو مکمل چارجز ادا کرنے میں نااہلی کا مظاہرہ کر سکتے ہیں۔ یا

• ہسپتال کی مرضی پر، وہ افراد جو اپنے کوپے اور/یا کٹوتی کی ادائیگی میں ناکامی کو ثابت کر سکتے ہیں، کم یا رعایتی ادائیگی کی درخواست کر سکتے ہیں۔

وفاقی غربت کی سطح کے 400% تک کے افراد مالی امداد کے اہل ہیں۔

وفاقی غربت کی سطح (2024)

گھریلو سائز	200%	300%	400%
1 فرد	30,120\$	45,180\$	60,240\$
2 افراد	40,880\$	61,320\$	81,760\$
3 افراد	51,640\$	77,460\$	103,280\$
4 افراد	62,400\$	93,600\$	124,800\$
5 افراد	73,160\$	109,740\$	146,320\$
6 افراد	83,920\$	125,880\$	167,840\$
7 افراد	94,680\$	142,020\$	189,360\$

سالانہ اپ ڈیٹ کیا جاتا ہے: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

کم از کم ڈسکاؤنٹ کی شرح

NYS یونیفارم ہسپتال مالی امداد کی درخواست

ہسپتال اور پیشہ ورانہ خدمات کے لیے جو سہولیات اور ٹرینیٹی صحت کے معالجین کے ذریعے فراہم کی جاتی ہیں

اگر آپ کا بیمہ نہیں ہے، اگر آپ کا بیمہ ختم ہو گیا ہے، یا اگر آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس ہے لیکن آپ کے پاس آپ کی آمدنی کے 10% سے زیادہ ادا شدہ طبی اخراجات کا ثبوت ہے تو آپ اپنے بلوں کی ادائیگی کے لیے ہسپتال کی مالی مدد کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس فارم کو مکمل کرنے سے ہسپتال کی مالی امداد کے لیے آپ کی درخواست شروع ہو جائے گی۔ یہ فارم نیو یارک اسٹیٹ کے تمام ہسپتال استعمال کرتے ہیں۔ ہم آپ کو بغیر کسی قیمت کے ایک مترجم فراہم کریں گے تاکہ ہم انگریزی میں مطلوبہ معلومات اکٹھی کر سکیں۔

اگر آپ مالی امداد کے لیے اہل ہیں، تو آپ کے چارجز آپ کی آمدنی کے مطابق سلائیٹنگ فیس کے پیمانے پر کم کیے جائیں گے:	
ادائیگی	آمدنی کی سطح
تمام چارجز معاف کرنا	200% FPL سے نیچے
غیر بیمہ شدہ مریض: اس رقم کا 10% تک سلائیٹنگ اسکیل جو میڈیکل کی طرف سے خدمات (سروسز) کے لیے ادا کی گئی ہوگی۔ کم بیمہ شدہ مریض: اس رقم کا زیادہ سے زیادہ 10% تک جو اس طرح کے مریض کے بیمہ کی لاگت میں حصہ داری کے مطابق ادا کی گئی ہوگی۔	200% - 300% FPL
غیر بیمہ شدہ مریض: اس رقم کا 20% تک سلائیٹنگ اسکیل جو میڈیکل کی طرف سے خدمات (سروسز) کے لیے ادا کی گئی ہوگی۔ کم بیمہ شدہ مریض: اس رقم کا زیادہ سے زیادہ 20% تک جو اس طرح کے مریض کے بیمہ کی لاگت میں حصہ داری کے مطابق ادا کی گئی ہوگی۔	301% - 400% FPL
ہسپتال اہل مریضوں کے لیے زیادہ رعایتیں فراہم کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں اور/یا زیادہ آمدنی والے مریضوں کے لیے ادائیگی میں رعایت کی پیشکش کر سکتے ہیں۔	
قسطوں کے منصوبے	
قسطوں کے منصوبے ان مریضوں کے لیے دستیاب ہیں جو ایک ہی وقت میں کم شدہ شرح ادا کرنے سے قاصر ہیں۔ ماہانہ ادائیگی آپ کی مجموعی ماہانہ آمدنی کے 5% سے زیادہ نہیں ہو سکتی اور مریض سے ادا نہ کیے گئے بیلنس پر وصول کی جانے والی شرح سود، اگر کوئی ہے تو، 2% سے زیادہ نہیں ہوگی۔	

NYS یونیفارم ہسپتال مالی امداد کی درخواست

ہسپتال اور پیشہ ورانہ خدمات کے لیے جو سہولیات اور ٹرینیٹی صحت کے معالجین کے ذریعے فراہم کی جاتی ہیں

اگر آپ کا بیمہ نہیں ہے، اگر آپ کا بیمہ ختم ہو گیا ہے، یا اگر آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس ہے لیکن آپ کے پاس آپ کی آمدنی کے 10% سے زیادہ ادا شدہ طبی اخراجات کا ثبوت ہے تو آپ اپنے بلوں کی ادائیگی کے لیے ہسپتال کی مالی مدد کے اہل ہو سکتے ہیں۔ اس فارم کو مکمل کرنے سے ہسپتال کی مالی امداد کے لیے آپ کی درخواست شروع ہو جائے گی۔ یہ فارم نیو یارک اسٹیٹ کے تمام ہسپتال استعمال کرتے ہیں۔ ہم آپ کو بغیر کسی قیمت کے ایک مترجم فراہم کریں گے تاکہ ہم انگریزی میں مطلوبہ معلومات اکٹھی کر سکیں۔

گھریلو آمدنی کے ثبوت کی درخواست

براہ کرم مریض، ان کے شریک حیات، اور کسی بھی زیر کفالت (جیسے بچوں) کی آمدنی کی معلومات شامل کریں۔ مثال کے طور پر، اس میں گھریلو آمدنی کے حساب کتاب میں یکساں ٹیکس ریٹرن (ٹیکس فائلر، شریک حیات، اور ٹیکس پر انحصار کرنے والے) سبھی شامل ہوں گے۔

درج ذیل دستاویزات کی فہرست ہے جو آپ اپنی آمدنی ثابت کرنے کے لیے استعمال کر سکتے ہیں۔ آپ کو یہ تمام دستاویزات فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اگر آپ کی گھریلو آمدنی نہیں ہیں تو آپ بیان بھی دے سکتے ہیں
کوئی آمدنی نہیں ہے۔

آپ NY اسٹیٹ آف ہیلتھ مارکیٹ پلیس سے اہلیت کے تعین کا صفحہ بھی فراہم کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کے پاس یہ دستاویز ہے، تو آپ کو نیچے دی گئی آمدنی کی کوئی دوسری معلومات ہسپتال کو فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

درخواست دہندہ فراہم کر سکتا ہے:	ماہانہ رقم:	اگر گھر والے وصول کرتے ہیں:
براہ کرم ایک تنخواہ کی رسید، یا کمپنی کے لیٹر ہیڈ پر آجر کا خط، دستخط شدہ اور تاریخ شدہ، یا حال ہی میں داخل کردہ انکم ٹیکس ریٹرن فراہم کریں	\$	اجرت
انعامی خط/سرٹیفکیٹ کی نقل، یا امریکی سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن سے خط و کتابت، یا سالانہ فائدے کا خط فراہم کریں۔ اپنے سوشل سیکیورٹی فائدے کے خط کی نقل درخواست کرنے کے لیے، 1-800-772-1213 پر کال کریں یا www.ssa.gov پر وزٹ کریں۔	\$	سماجی تحفظ کی ادائیگی
انعامی خط/سرٹیفکیٹ کی نقل، یا نیو یارک اسٹیٹ ڈپارٹمنٹ آف لیبر سے ماہانہ فائدے کا بیان، یا ڈائریکٹ پیمنٹ کارڈ کی نقل ساتھ پرنٹ آؤٹ، یا نیو یارک اسٹیٹ ڈپارٹمنٹ آف لیبر سے خط و کتابت، یا نیو یارک اسٹیٹ ڈپارٹمنٹ آف لیبر کی ویب سائٹ (www.labor.state.ny.us) سے وصول کنندہ کے اکاؤنٹ کی معلومات کا پرنٹ آؤٹ فراہم کریں۔	\$	بے روزگاری کا معاوضہ
انعامی خط/سرٹیفکیٹ کی نقل، یا سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن سے خط و کتابت، یا سالانہ فائدے کے خط کی نقل فراہم کریں۔ اپنے فائدے کے خط کی نقل درخواست کرنے کے لیے، 1-800-772-1213 پر کال کریں یا www.ssa.gov پر وزٹ کریں۔	\$	معذوری کی ادائیگی
انعامی خط یا چیک کی رسید کی نقل	\$	مزدوروں کا معاوضہ
عدالتی حکم کی نقل، یا کیش شدہ چیک/رسیدوں کی 3 ماہ کی نقل۔	\$	بہتہ/چائلڈ سپورٹ
رُبعتی منافع کے بیانات یا 1 ماہ کے بیانات۔	\$	منافع / سود
خط جس میں غیر اجرت کی کمائی (اگر کوئی ہے) کی رقم بیان کی گئی ہو، جیسے کرائے کی آمدنی، طاق ملازمتوں کے لیے نقد رقم وغیرہ۔	\$	دیگر
بغیر آمدنی کا دستخط شدہ بیان میں	\$	بغیر آمدنی