



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 وفاقی غربت کی رہنما ہدایات پر مبنی ہو گی (جسے وفاقی 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: (پچھلے 4 چیک اسٹب یعنی رسیدیں اور 2 بینک اسٹیٹمنٹس یا آمدنی کا دوسرا ثبوت)
- اوبائیو کے رہائشی: آمدن کا 3 مہینوں کا ثبوت
- آمدن کی تصدیق کا فارم (اگر حال میں آپ کی کوئی آمدن نہیں)
- آخری مرتبہ جمع کرائے گئے وفاقی ٹیکس ریٹرن کی نقل
- اگر کسی دستاویز کا حصول ممکن نہیں تو براہ مہربانی نوٹ کریں

مکلارن ہیلتھ کیئر مالی امداد کی درخواست پر عمل درآمد کے لئے ضروری اضافی مالی دستاویزات کی درخواست کر سکتی ہے۔

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 ڈپارٹمنٹ
(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 تبھی 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 مکلارن ہیلتھ کیئر کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ اس بیان کی تصدیق کریں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر مکلارن 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 مکلارن ہیلتھ کیئر کا نمائندہ درج بالا افراد سے رابطہ کر سکتا ہے۔

دستخط

درخواست گزار کے دستخط: _____

پرنٹ 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 _____

نمہ 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

پلٹا کر دیکھیے ...

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		ملازم کی مالی تلافی
	دیگر		فوجی خاندانوں کے لئے مقرر کردہ اشیاء
	دیگر		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 بذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے بہترین علم کے مطابق درج بالا معلومات درست ہے۔ میں مکلارن بیلنٹھ کینر 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

منظوریاں 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:

--