



براہ کرم اس درخواست کو مکمل کریں، اس پر دستخط کریں اور مندرجہ ذیل درکار دستاویز کے ساتھ اسے واپس کریں:

- آمدنی (مندرجہ ذیل تمام دستاویزات کے ساتھ آپ موجودہ طور پر موصول کرتے ہیں):
 گھر میں رہنے والے مریض، مریض کی شریک حیات اور/یا مریض کے ضامن (18 سال سے کم عمر والے بچوں کے والدین/قانونی سرپرست) کو شامل کرتے ہوئے فائل کردہ موجودہ ٹیکس کے سال کے آخری 2 ادائیگی کے اسٹیس یا W-2 فارم کی نقل۔
 اگر خود ملازم ہوں، تو آپ کے موجودہ وفاقی ٹیکس فارم 1040 کی ایک نقل۔
 سوشل سیکیورٹی/سوشل سیکیورٹی معذوری یا کسی اور اضافی گھریلو آمدنی کی دستاویز کاری۔
- رین/کرائے کے بل کی نقل، یا اگر گھر اب رین پر نہیں ہے تو ملکیت کے ٹیکس کے بیان کی ایک نقل۔
- اگر آپ نے طبی امداد کے لیے درخواست دی ہے، تو آپ کی منظوری یا تردید کے خط کی ایک نقل۔

اگر آپ اوپر والے درکار دستاویزات میں سے کوئی بھی فراہم کرنے سے قاصر ہیں، تو براہ کرم نیچے فارم FAF 116، صفحہ 3 کو مکمل کریں۔

مریض کی معلومات

آخری نام:	پہلا:	ایم۔آئی۔:
سوشل سیکیورٹی #:	تاریخ پیدائش:	

ضمانت دار (قانونی والدین، سرپرست، یا مختار نامہ) اگر مریض کے جیسا ہے تو حصہ II پر جائیں؛ تمام فیلڈز کو مکمل کریں۔

آخری نام:	پہلا:	ایم۔آئی۔:
سوشل سیکیورٹی #:	تاریخ پیدائش:	مریض سے رشتہ:

حصہ II (مریض/ضامن کی معلومات)

گلی کا پتہ:	اپارٹمنٹ:
شہر:	ریاست:
گھر کا فون: ()	سیل فون: ()
آجروں کا نام اور پتہ:	ازدواجی حیثیت:
ماہانہ مجموعی آمدنی: \$	ماہانہ خالص آمدنی: \$
عہدہ/لقب:	موجودہ ملازمت کی طوالت:
کیا آپ ریاستہائے متحدہ کے قانونی رہائشی ہیں: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	

شریک حیات

آخری نام:	پہلا:	ایم۔آئی۔:
آجر کا نام/پتہ:	فون #:	
عہدہ/لقب:	ملازمت کی طوالت:	
ماہانہ مجموعی آمدنی: \$	ماہانہ خالص آمدنی: \$	

گھریلو معلومات (ما سوائے خود کے یا شریک حیات کے، گھر کے تمام افراد کا نام اور تاریخ پیدائش)

نام:	تاریخ پیدائش:	مریض سے رشتہ:
نام:	تاریخ پیدائش:	مریض سے رشتہ:
نام:	تاریخ پیدائش:	مریض سے رشتہ:
نام:	تاریخ پیدائش:	مریض سے رشتہ:
نام:	تاریخ پیدائش:	مریض سے رشتہ:

اضافی گھریلو آمدنی	
کرنٹ کھاتہ کی بقیہ رقم:	ماہانہ بے روزگاری کی رقم:
بچت کھاتہ کی بقیہ رقم:	ماہانہ سوشل سیکیوری کی رقم:
عوامی امداد/ فوڈ ٹکٹ:	ماہانہ کارکنان کے معاوضے کی رقم:
ماہانہ/سالانہ پینشن کی رقم:	کوئی دیگر:

رہن/کرایہ (رہن/کرائے کی ادائیگی کی نقل درکار ہے)	
رہن/کرائے کی ادائیگی:	

بیلٹھ انشورنس کی معلومات (آپ کو موصول طبی امداد کی منظوری یا تردید کے خط کی نقل درکار ہے)	
کمپنی کا نام:	مؤثر تاریخ:
کیا آپ نے طبی امداد کی درخواست دی ہے:	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> کب:
کہاں:	کیس ورکر کا نام اور فون نمبر #:
نتیجہ/استرداد کی وجہ:	

معذوری کی معلومات	
کیا مریض معذور ہے:	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معذوری کی طوالت:
معالج کا نام:	معالج کا فون نمبر:

فریق ثالث کی مالی ذمہ داریاں (آٹو کا حادثہ، کارکنان کا معاوضہ، جسمانی چوٹ، یا دیگر قانونی دعویٰ)			
آٹو کے حادثے کے نتیجے میں چوٹیں/بیماری	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	واقعہ کی تاریخ:	
آپ کے کام کی جگہ پر واقع ہونے والی چوٹیں/بیماری؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	واقعہ کی تاریخ:	
جرم کے نتیجے میں چوٹیں/بیماری؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	واقعہ کی تاریخ:	
قانونی کارروائی کے نتیجے میں چوٹیں/بیماری؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	واقعہ کی تاریخ:	

ادائیگی کے تمام ذرائع ختم ہو جاتے تک فریق ثالث کی مالی ذمہ داری کے دعوے مالی امداد کے لیے نااہل ہیں۔ فریق ثالث کی ذمہ داری کے دعوے سے متعلق معلومات کو ظاہر کرنے میں ناکامی کو مالی امداد کے لیے مریض کی نااہلیت سمجھا جائے گا۔

میں اعلان کرتا ہوں کہ میں نے اس درخواست کی جانچ پڑتال کر لی ہے اور اس میں یا UMMS اور اسکے پریکٹسز کو بصورت دیگر فراہم کی گئی معلومات میری بہترین علم کے مطابق سچ، درست اور مکمل ہیں۔ میں اس بات کو سمجھتا ہوں کہ اس معلومات کی غلط بیانی سے مجھے فراہم کی جانے والی کوئی بھی مالی امداد منسوخ ہو سکتی ہے اور یہ کہ اس کے بعد تمام طبی معاوضوں کا ذمہ دار میں رہوں گا۔ اس درخواست پر دستخط کر کے اور جمع کروا کر، میں UMMS اور اس کے فیسٹلٹی پریکٹسز کو مالی امداد کی میری ضرورت کا تعین کرنے کے ساتھ ہی اپنی کریڈٹ فائل کے جائزے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں UMMS کو میرے معالج کے بلوں میں مدد کے جواب میں میری مالی حیثیت کا جائزہ لینے کے مقصد سے University Physicians Inc. کو یہ معلومات جاری کرنے یا ظاہر کرنے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔ میں اس بات کو سمجھتا ہوں کہ اس درخواست کے زیر عمل ہونے کے دوران یہ میری ذمہ داری ہے کہ UMMS کو اپنی آمدنی یا اثاثوں کے حوالے سے حیثیت میں ہونے والی کسی تبدیلی کے بارے میں بتاؤں۔

_____ تاریخ _____ مریض/ضمانت دار کے دستخط (درکار)

_____ تاریخ _____ شریک حیات کے دستخط (درکار)

اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں یا اس درخواست کو مکمل کرنے میں مدد کی ضرورت ہے، تو براہ کرم Financial Assistance کے محکمہ کو کال

کریں۔ (410) 414-821، ایکسٹینشن 2003، پیر تا جمعہ، صبح 8:00 بجے سے شام 4:30 بجے تک۔

آپ مطلوبہ دستاویزات کے ساتھ اس درخواست کو میل، ای میل یا فیکس کر سکتے ہیں یہاں:

UMMS ڈاک:

11311 McCormick Road, Suite 230

Hunt Valley, MD 21031

CBOService@umm.edu

410-630-5341

ای میل:

فیکس:

رہائش، مالی، اور آمدنی کے بیان کی تصدیق

اس فارم کو مالی امداد کے درخواست دہندہ کے ذریعہ مکمل کیے جانے کی ضرورت ہوگی جو:

- خوراک اور/یا پناہ گاہ میں مدد موصول کرتا ہے
- فی الحال بے روزگار ہے
- آٹو حادثے، کارکنوں کے معاوضے، ذاتی چوٹ، یا کسی دیگر فریق ثالث کی ذمہ داری کے دعوے کی وجہ سے اسپتال کے بل

مریض کی معلومات:

نام: _____ تاریخ: _____
فون نمبر: _____ سیل فون نمبر: _____
تاریخ پیدائش: _____ مریض کے دستخط: _____

اگر خوراک اور پناہ گاہ میں مدد موصول کر رہے ہیں، تو درج ذیل کو مکمل کریں:

مجھے _____ سے مدد موصول ہو رہی ہے، جو خوراک اور پناہ گاہ کے تعلق سے میری مدد کر رہا ہے۔ مریض سے رشتہ: _____

(ایک پر نشان لگائیں)

_____ کمرہ اور بورڈ مفت فراہم کرنا
_____ میں کمرے اور بورڈ کے لیے ہر ماہ \$ _____ ادا کر رہا ہوں
_____ دیگر، براہ کرم نیچے وضاحت کریں:

اگر بے روزگار ہیں اور کوئی آمدنی موصول نہیں کر رہے ہیں، تو درج ذیل کو مکمل کریں:

(ایک پر نشان لگائیں) _____ میں _____ / _____ / _____ سے بے روزگار ہوں اور اوپر کے مطابق خوراک اور پناہ گاہ میں مدد موصول کر رہا ہوں۔ کام پر واپس لوٹنے کی متوقع تاریخ؟ _____
_____ میں _____ / _____ / _____ سے بے روزگار ہوں اور بچت یا دیگر مالیاتی اثاثوں کے ذریعہ زندگی گزار رہا ہوں۔

براہ کرم تفصیل سے وضاحت کریں:

کام پر واپس لوٹنے کی متوقع تاریخ؟

آپ کو بے روزگاری کی آمدنی موصول کیوں نہیں ہو رہی ہے؟

(ایک پر نشان لگائیں) _____ اہلیت کی ميعاد ختم ہو گئی ہے - مریض نے بے روزگاری کے تمام اہل فوائد پورے کر لیے ہیں۔
_____ اہل نہیں، وجہ: _____

اگر آپ کے پاس فریق ثالث کی ذمہ داری کا دعویٰ (آٹو حادثہ، کارکنوں کا معاوضہ، ذاتی چوٹ) ہے، تو درج ذیل کو مکمل کریں:

مختار: نام: _____
پتہ: _____
فون نمبر: _____

انشورنس کمپنی: نام: _____
پتہ: _____
فون نمبر: _____

بیان کی متوقع تاریخ: _____ / _____ / _____