

مالی امداد کی درخواست

آج کی تاریخ	آج کا وقت	موجودہ مریض؟	حوالہ بذریعہ:
___/___/___	:	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	

آپ کے بارے میں معلومات

نام کا آخری حصہ	نام کا پہلا حصہ	نام کا درمیانی حصہ	تاریخ پیدائش
گھر کا پتہ	شہر	ریاست	زپ کوڈ
جنس	ازدواجی حیثیت	گھر کا فون	سوشل سیکیورٹی نمبر
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت	<input type="checkbox"/> ش <input type="checkbox"/> غ <input type="checkbox"/> ط <input type="checkbox"/> ب <input type="checkbox"/> نامعلوم	() -	
امریکی شہری	مستقل رہائشی	تبصرہ	
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		

معلومات ملازمت

مالک کا نام	کام کی جگہ کا فون	پیشہ
مالک کا پتہ	شہر	ریاست
		زپ کوڈ

افراد خانہ

نام	عمر	رشتہ
نام	عمر	رشتہ
نام	عمر	رشتہ
نام	عمر	رشتہ
نام	عمر	رشتہ
نام	عمر	رشتہ
نام	عمر	رشتہ
نام	عمر	رشتہ
نام	عمر	رشتہ

دیگر امدادی معلومات

کیا آپ نے طبی امداد کی درخواست دے رکھی ہے؟	اگر ہاں، تو درخواست کس تاریخ کو دی؟	اگر ہاں تو فیصلہ کیا ہوا تھا؟	تبصرہ
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	___/___/___	<input type="checkbox"/> منظور ہوئی <input type="checkbox"/> رد کی گئی	
کیا آپ کسی قسم کی ریاستی یا ملکی امداد لیتے ہیں؟	اگر ہاں تو کس قسم کی؟		
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں			

ناکافی بیمہ کوریج کی معلومات

کیا آپ ناکافی بیمہ کوریج کی وجہ سے امداد کی درخواست کر رہے ہیں؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>
---	--

بیمہ معلومات

بیمہ کمپنی 1		بیمہ کمپنی 2	
بیمہ نام	بیمہ نام	بیمہ نام	بیمہ نام
شناختی #	گروپ #	شناختی #	گروپ #
سبسکرائبر کا نام	سبسکرائبر کا نام	سبسکرائبر کا نام	سبسکرائبر کا نام
بیمہ فون #	ایکسٹینشن	بیمہ فون #	ایکسٹینشن
() -		() -	

مالی امداد کی درخواست صفحہ 2

اپنی تمام ذرائع سے ماہانہ آمدنی اور اثاثہ جات کی فہرست بنائیں۔ آپ سے آمدنی، اثاثہ جات، اور اخراجات کے ثبوت کا تقاضا کیا جا سکتا ہے۔ اگر آپ کی کوئی آمدنی نہ ہو تو براہ مہربانی آپ کو رہائش اور کھانا دینے والے شخص کا مراسلہ فراہم کریں۔

موجودہ بیننس	ا. خاندانی آمدنی	ماہانہ رقم	ب. نقد اثاثے
ڈالر	<input type="checkbox"/> ملازمت	ڈالر	<input type="checkbox"/> چیکنگ کھاتہ
ڈالر	<input type="checkbox"/> ریٹائرمنٹ یا پنشن کے مفادات	ڈالر	<input type="checkbox"/> بچت کھاتہ
ڈالر	<input type="checkbox"/> سوشل سیکیورٹی مفادات	ڈالر	<input type="checkbox"/> سٹاکس
ڈالر	<input type="checkbox"/> حکومتی امداد کے مفادات	ڈالر	<input type="checkbox"/> بانڈز
ڈالر	<input type="checkbox"/> بیروزگاری وظائف	ڈالر	<input type="checkbox"/> سرٹیفکیٹس آف ڈیپازٹ (سی ڈی)
ڈالر	<input type="checkbox"/> سابقہ ملازمت سے وظائف	ڈالر	<input type="checkbox"/> منی مارکیٹ فنڈز
ڈالر	<input type="checkbox"/> نان و نفقہ	ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر کھاتے
ڈالر	<input type="checkbox"/> کرائے کی جائیداد سے آمدنی	ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر کھاتے
ڈالر	<input type="checkbox"/> بڑتالی وظائف	ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر کھاتے
ڈالر	<input type="checkbox"/> فوجی تفویض	ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر کھاتے
ڈالر	<input type="checkbox"/> فارم یا اپنا روزگار	ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر کھاتے
ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر ذریعہ آمدنی	ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر کھاتے
ڈالر	کل	ڈالر	کل

ب. دیگر اثاثہ جات

اپنی تمام ذرائع سے ماہانہ آمدنی کی فہرست بنائیں۔ آپ سے آمدنی، اثاثہ جات، اور اخراجات کے ثبوت کا تقاضا کیا جا سکتا ہے۔ اگر آپ کی کوئی آمدنی نہ ہو تو براہ مہربانی آپ کو رہائش اور کھانا دینے والے شخص کا تائیدی مراسلہ فراہم کریں۔

تخمینی قدر	بقایا قرضہ	گھر
ڈالر	ڈالر	<input type="checkbox"/>
تخمینی قدر	سال	گاڑی کا نام
ڈالر	سال	کار
تخمینی قدر	سال	اضافی گاڑی
ڈالر	سال	گاڑی کا نام
تخمینی قدر		اضافی گاڑی
ڈالر		قسم جائیداد
ڈالر	کل	دیگر جائیداد
ڈالر		کل

رقم	رقم	رقم	ماہانہ اخراجات
ڈالر	<input type="checkbox"/> بیمہ صحت	ڈالر	<input type="checkbox"/> کرایہ
ڈالر	<input type="checkbox"/> بیمہ صحت (دیگر)	ڈالر	<input type="checkbox"/> گروی
ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر طبی اخراجات	ڈالر	<input type="checkbox"/> کار کی ادائیگی
ڈالر	<input type="checkbox"/> طبی اخراجات	ڈالر	<input type="checkbox"/> کار کی ادائیگی (دیگر گاڑی)
ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر طبی اخراجات	ڈالر	<input type="checkbox"/> کار کی ادائیگی (دیگر گاڑی)
ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر طبی اخراجات	ڈالر	<input type="checkbox"/> کار کا بیمہ
ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر طبی اخراجات	ڈالر	<input type="checkbox"/> کریڈٹ کارڈ (دیگر)
ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر اخراجات	ڈالر	<input type="checkbox"/> کریڈٹ کارڈ (دیگر)
ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر اخراجات	ڈالر	<input type="checkbox"/> کریڈٹ کارڈ (دیگر)
ڈالر	<input type="checkbox"/> دیگر اخراجات	ڈالر	<input type="checkbox"/> کریڈٹ کارڈ (دیگر)
ڈالر	کل	ڈالر	کل

رجسٹرار کی رائے

خدمت	کیا آپ کے کوئی طبی بل ادا کرنا باقی ہیں؟	اگر ہاں تو کس خدمت کے لئے؟
	<input type="checkbox"/> جی ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
ماہانہ ادائیگی	کیا آپ نے کسی ماہانہ ادائیگی منصوبے کا بندوبست کیا ہے؟	اگر ہاں تو ماہانہ ادائیگی کیا ہے؟
ڈالر	<input type="checkbox"/> جی ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں

اگر آپ درخواست کریں کہ ہسپتال یا اس سے ملحق ادارے اضافی مالی امداد دیں تو ہسپتال یا اس سے ملحق ادارے فیصلے میں معاونت کے لئے اضافی معلومات کا تقاضا کر سکتے ہیں۔ اس فارم پر دستخط کر کے آپ اس بات کی تصدیق کرتے ہیں کہ فراہم کردہ معلومات درست ہیں اور آپ کسی بھی تبدیلی کے دس دن کے اندر ہسپتال یا اس سے ملحق ادارے کو تبدیلی سے آگاہ کریں گے۔

تاریخ

درخواست گزار کے دستخط

مریض سے رشتہ

ڈائمنشنز ہیلتھ کیئر سسٹم

ڈائمنشنز ہیلتھ کیئر سسٹم

مالی مشاورت کا مشورہ فارم

آج کی تاریخ:		/ /		معالج:	
کہاتے کی معلومات طبی ریکارڈ نمبر		کہاتہ نمبر		شعبہ	
درخواست کردہ رجسٹریشن کی قسم:		<input type="checkbox"/> ایک یومیہ <input type="checkbox"/> بار بار			
علاج کے لئے درخواست کردہ تاریخیں		کلینک ختم ہونے کی تاریخ:		دوروں کی تعداد:	
کلینک شروع ہونے کی تاریخ:		/ /		دوروں کی تعداد: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	
مریض کی معلومات نام کا آخری حصہ		نام کا پہلا حصہ		تاریخ پیدائش () -	
جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت		ازدواجی حیثیت		دن میں ٹیلیفون (صبح 9:00 - شام 5:00) () -	
شام میں ٹیلیفون (شام 5:00 - 8:00 رات) () -					
تشخیص (کوئی حیثیت نہیں/بعد)		تشخیص یا بنیادی مسئلہ			
مریض کے آجر کے بارے معلومات مالک کا نام		دن میں ٹیلیفون (صبح 9:00 - شام 5:00) () -			
آجر کا پتہ پہلی سطر					
آجر کا پتہ دوسری سطر					
بیمہ معلومات		حوالہ دینے والے کی معلومات			
بیمہ نام		حوالہ			
خود ادائیگی		داخلے کی ترجیح			
شناختی #		مالی امداد کی درخواست دے دی گئی؟ <input type="checkbox"/> ہاں، <input type="checkbox"/> نہیں			
سبسکرانبر کا نام		میڈیکل کی درخواست دے دی گئی؟ <input type="checkbox"/> ہاں، <input type="checkbox"/> نہیں			
بیمہ فون # () -		حوالہ دینے کی وجہ <input type="checkbox"/> اضافی بیمہ صحت کی ادائیگی میں مسئلہ، <input type="checkbox"/> بیمہ قسط کی ادائیگی کا مسئلہ <input type="checkbox"/> ایس/پی ڈیپازٹ کا مسئلہ			
اجازتی نمبر		حوالہ بذریعہ			
خود ادائیگی کا تخمینہ لگایا؟		وقت لیے بغیر آنے والا مریض <input type="checkbox"/> دیگر پروویڈر بلتھ نے داخلی طور پر بھیجا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں			
خود ادائیگی کے تخمینے کی رقم		رقم			
قابل مٹبانی؟ <input type="checkbox"/>		معاون ادائیگی؟ <input type="checkbox"/>			
صرف برائے استعمال ایف آئی سی شعبہ:					
منظور کردہ بذریعہ:		دفتر کو دی گئی تاریخ:			
وجہ منسوخی:		تاریخ درخواست:			
اراء:					