

مالیاتی معلومات فارم / مالیاتی اعانت کی درخواست

اس فارم کی خانہ پری میں مدد کے لیے یا اگر آپ کوئی سوال پوچھنا چاہتے ہیں تو برائے مہربانی 281.312.4012 یا 281.312.4000 پر کال کریں -- 5 دہائیں

مریض کا نام:	فون نمبر:
مریض کا مقامی پتہ:	شہر، ریاست، زپ کوڈ:
اکاؤنٹ نمبر (نمبرات):	خدمات کی تاریخ (تاریخیں):

تمام سوالوں کے جواب دینے لازمی ہیں۔ اگر کوئی سوال متعلق نہیں ہے تو لائن میں ناقابل اطلاق لکھیں۔

تصویر کے ساتھ شناخت والے ایک ثبوت کی فوٹوکاپی منسلک کریں (مثال کے طور پر: اسٹیٹ کی طرف سے جاری کردہ تصویر کے ساتھ ڈرائیور لائسنس یا پاسپورٹ، وغیرہ) *
 سب سے حالیہ انکم ٹیکس ریٹرن کی ایک فوٹو کاپی منسلک کریں یا
 آمدنی کے مندرجہ ذیل ثبوتوں میں سے ایک کی فوٹو کاپی منسلک کریں:
 * اگر تصویری آئی ڈی دستیاب نہ ہو تو شناخت ظاہر کرنے والی دیگر دستاویزات استعمال کی جا سکتی ہیں۔ تعاون کے لیے مذکورہ بالا فون نمبر پر رابطہ کریں۔

پچھلی 2 بے چیک کی پرچیاں	سوشل سیکورٹی چیک یا اوارڈ لیٹر
بے روزگاری گزارہ کی تصدیقی سلپ	ملازم کا نام، پیشہ، فی گھنٹہ اجرت، کام کے گھنٹوں کی تعداد بیان کرتے ہوئے اجر کی طرف سے خط

*** تائیدی دستاویزات کے بغیر یہ مکمل درخواست نہیں سمجھی جاتی ہے۔ ***

صورتحال:	مستقل ٹیکس کار رہائشی	قانونی رہائشی	مہاجرتی ویزا	غیر مہاجرتی ویزا
ازدواجی صورتحال (ایک کو نشان زد کریں):	شادی شدہ	تنہا	طلاق یافتہ	
	بیوہ	دیگر		

18 سال کی عمر سے کم کے بچے اور گھرانے کے دیگر انحصار کنندگان (اگر ضرورت ہو تو دوسرے صفحہ پر جاری رکھیں)

انحصار کنندگان کا رشتہ (ایک کو نشان زد کریں)				تاریخ پیدائش	مکمل نام
بچہ	سوتیلابچہ	سرپرست	جوان/سینئر	غیر متعلق	

ملازمت کا خلاصہ	
مریض	شریک حیات
اجر	اجر
پیشہ	پیشہ
ملازمت کی صورتحال (ایک کو نشان زد کریں): کل وقتی <input type="text"/> جز وقتی <input type="text"/> بے روزگار <input type="text"/> کام پر واپس جانے کے لیے قاصر <input type="text"/>	ملازمت کی صورتحال (ایک کو نشان زد کریں): کل وقتی <input type="text"/> جز وقتی <input type="text"/> بے روزگار <input type="text"/> کام پر واپس جانے کے لیے قاصر <input type="text"/>

فی مہینہ گھرانے کی آمدنی		فی مہینہ گھریلو اخراجات (FAA کے لیے ناقابل اطلاق)	
مریض	\$	ذاتی/لون	\$
شریک حیات	\$	گھر کی ادائیگی	\$
نان و نفقہ	\$	افادیات (بجلی، پانی)	\$
بے روزگاری	\$	کار # 1	\$
چائلڈ سپورٹ	\$	کار # 2	\$
پسماندگان منافع	\$	گیسولین	\$
کارکنان کا معاوضہ	\$	انشورینس	\$
ٹرسٹ فنڈ	\$	ٹی وی / کیبل / فون	\$
دیگر	\$	غذا	\$
کل آمدنی	\$	کل اخراجات	\$

بینک اکاؤنٹس / دیگر املاک (تمام 3 سوالوں کے جواب دینے لازمی ہیں):		FAA کے لیے ناقابل اطلاق	
چیکنگ اکاؤنٹ؟ (ایک پر دائرہ بنائیں)	ہاں	موجودہ بینس	\$
بچت اکاؤنٹ؟ (ایک پر دائرہ بنائیں)	ہاں	موجودہ بینس	\$
اضافی جائداد؟ (ایک پر دائرہ بنائیں)	ہاں	موجودہ قیمت	\$

اگر ہاں، تو برائے مہربانی وضاحت کریں:

* میں غلط بیانی کی تعزیری کارروائی کے تحت توثیق کرتا ہوں کہ میں نے جو جوابات دئے ہیں وہ میری بہترین جانکاری کے مطابق درست اور صحیح ہیں۔

* میں نے جو معلومات فراہم کی ہے وہ گھرانے کی آمدنی اور اخراجات کی عکاسی کرتی ہے۔

* یہ معلومات اور اسی طرح کریڈٹ رپورٹ اور عوامی طور پر دستیاب دیگر معلومات ادائیگی کے کسی منصوبہ کی تعین کرنے کے لیے اور/یا مالیاتی تعاون کے لیے درخواست کا آغاز کرنے کے لیے اور/یا مختلف پروگراموں، کوریج یا تعاون کی اہلیت کی تعین کرنے کے لیے Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood کے ذریعہ استعمال کی جا سکتی ہے۔

* میں Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood کو ان بیانات کی تصدیق کے لیے جو میں نے دئے ہیں کسی بھی ذریعہ سے معلومات حاصل کرنے کی رضامندی دیتا ہوں۔

* اگر مالیاتی تعاون کے لیے اہلیت کی تعین کی غرض سے فراہم کردہ معلومات غیر مکمل یا ناکافی ہیں یا اگر آپ اہلیت کی شرائط پر پورے نہیں اترتے ہیں تو آپ کو Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood کی طرف سے تحریری مواصلات موصول ہوں گی۔ اگر آپ مالیاتی تعاون کے لیے اہل ہیں تب بھی آپ کو تحریری شکل میں اطلاع دی جائے گی۔

* مالیاتی تعاون کے لیے درخواست دینے والے مریض مقامی، اسٹیٹ، یا وفاقی پروگراموں کی طرف سے رقومات کے لیے اہل ہو سکتے ہیں۔ مریضوں سے توقع کی جاتی ہے کہ اس قسم کے پروگراموں کے لیے مالیاتی تعاون کی اہلیت کی تعین سے پہلے ہی درخواست دیں گے۔ Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood اس قسم کے پروگراموں کے لیے درخواست دینے میں افراد کو تعاون فراہم کرے گا۔ اس قسم کے پروگراموں کے لیے درخواست دینے میں ناکامی مریض کی مالیاتی تعاون کی درخواست کے غور و فکر پر مخالف اثر ڈال سکتی ہے۔

* میں اس حقیقت کی توثیق کرتا ہوں کہ میں نے، Medicaid، Crime Victims، Health Exchange Insurance اور کسی بھی دیگر مقامی، اسٹیٹ یا وفاقی کوریج سمیت تمام ممکنہ بیمہ کوریج کے لیے درخواست دی ہے۔

* میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں مالیاتی تعاون کے لیے اہل نہیں قرار دیا جاتا ہوں تو میں نگہداشت کی لاگت کے لیے ذمہ دار ہوں گا۔

تاریخ

مریض/ضمانت دار کا دستخط

اس درخواست کو مکمل کرنے کے بعد، اس کو اور تمام معاون دستاویزات کو درج ذیل پتے پر ڈاک کے ذریعہ بھیجیں:

Patient Business Office
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
Attention: Financial Assistance

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date