

NEWYORK - PRESBYTERIAN/QUEENS
Patient Financial Services 3
Expressway Plaza Ste 200
Roslyn Heights, NY 11577-2050

محترم مریض:

براہ کرم منسلک چیریٹی کیئر کے لیے درخواست (Application for Charity Care) ملاحظہ کریں۔ آپ بلنگ اور کالیکشن کی کارروائی کے دوران کسی بھی وقت چیریٹی کیئر کے لیے درخواست دے سکتے ہیں۔ براہ کرم درخواست مکمل کریں اور تمام معاون دستاویزات منسلک کریں اور اوپر دکھائے گئے پتے پر اسے واپس بھیجیں۔

اگر آپ کی درخواست نامکمل ہے تو ہم اس پر کارروائی نہیں کر سکیں گے۔

اگر آپ کو مزید اعانت درکار ہو یا مواد کے اس پیکیج کے سلسلے میں کوئی سوال ہو تو براہ کرم ہماری چیریٹی کیئر یونٹ سے **686-4354 (516) یا 686-4308 (516)** پر رابطہ کریں۔

چیریٹی کیئر کے لیے آپ کی درخواست پر کارروائی کرنے میں مزید اعانت کے لیے، درج ذیل مثالوں کو دیکھیں جنہیں آپ اپنی درخواست میں شامل کرنے کا انتخاب کر سکتے ہیں:

- ادائیگی کی پرچی
- آجر کی جانب سے خط، اگر قابل اطلاق ہو۔
- فارم 1040
- کوئی دیگر معلومات جس سے آپ کی آمدنی کی تصدیق ہو سکتی ہو

اگر آپ کی عمر اکیس (21) سال سے کم ہے اور/یا آپ اپنے والدین/سرپرست (سرپرستوں) کی زیر کفالت ہوں تو پھر آپ کے والدین یا سرپرست کو **چیریٹی کیئر کے لیے درخواست** کے عنوان سے اہلیتی درخواست پُر کرنا اور لازمی تائیدی دستاویزات فراہم کرنا ضروری ہے۔

ایک فون نمبر جس پر آپ سے رابطہ قائم کیا جا سکتا ہو، نیز مکمل پتہ، بشمول اپارٹمنٹ نمبر اور خطوط فراہم کرنا ضروری ہے۔

آپ کی صورتحال کو بتانے والا ایک نوٹ نیز اوپر مندرج کسی قابل اطلاق دستاویزات کی نقول یا دیگر تائیدی دستاویزات جنہیں آپ جمع کروانے کا انتخاب کر سکتے ہوں، آپ یا آپ کے بچے کی اہلیت کا تعین کرنے میں معاون ہو سکتی ہیں۔

اگر آپ ایک طالب علم ہیں تو براہ کرم اپنی طالبانہ حیثیت کی دستاویزی شہادت فراہم کریں۔

مریضوں کے نام نوٹس

اگر آپ ہسپتال کی چیریٹی کیئر کی پالیسی کے تحت ایک مکمل کردہ درخواست بشمول اہلیت کا تعین کرنے کے لیے لازمی معلومات یا دستاویزی شہادت جمع کرواتے ہیں تو آپ ہسپتال کے کسی بل کو تب تک نظر انداز کر سکتے ہیں جب تک ہم آپ کی درخواست پر فیصلہ نہ کر دیں۔

تائیدی دستاویزی شہادت کے ساتھ درخواستیں اس نمبر پر فیکس کی جا سکتی ہیں: 801-8504 (516)

یا اس پتے پر میل کی جا سکتی ہیں:

New York-Presbyterian/Queens Patient Financial Services 3
Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577
بملاحظہ: Jerome Fields

NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS

چیریٹی کیئر کے لیے درخواست

مریض کا نام _____ آخری _____ پہلا _____ درمیانی نام _____ تاریخ پیدائش _____

پتہ _____ نمبر اور اسٹریٹ، اپارٹمنٹ نمبر _____ شہر _____ ریاست _____ زپ _____

ٹیلیفون نمبر (_____) _____ مشغلہ _____ آجر _____ آجر کا ٹیلیفون نمبر _____

آمدنی - درج ذیل سے خود کی، شریک حیات کی، اور گھرانے کے دیگر تمام ممبران کی مجموعی آمدنی درج کریں:

آمدنی کی قسم	میزان گزشتہ 3 ماہ	میزان گزشتہ 12 ماہ
اجرتیں		
خود کے روزگار سے ہونے والی کمائیاں		
عوامی اعانت		
سوشل سیکیورٹی		
بے روزگاری/ورکرز کمپنیشن		
نفقہ		
امداد اطفال		
پنشن		
منافع سے ہونے والی آمدنی		
وسائل (بینک اکاؤنٹس، سرمایہ کاریاں، لون، وغیرہ)		

ہسپتال کی درخواست ہے کہ آپ اوپر اپنی درج کردہ آمدنی کے جواز کے لیے دستاویزی شہادت جمع کروائیں۔ دستاویزی شہادت کی مثالوں میں ادائیگی کی پرچی، اگر قابل اطلاق ہو تو آجر کی جانب سے خط، فارم 1040 وغیرہ شامل ہو سکتے ہیں۔

خاندان کا سائز - آپ کے گھرانے میں رہنے والے خاندان کے افراد:

نام	عمر	رشتہ

نوٹ: اگر اضافی جگہ درکار ہو تو براہ کرم دوسرا صفحہ منسلک کریں۔

یہ درخواست ہسپتال میں بلنگ اور وصولیابی کی کارروائی کے دوران کسی بھی وقت جمع کروائی جا سکتی ہے۔

مکمل کردہ درخواست اور تائیدی دستاویزی شہادت ذیل کے پتے پر ہسپتال کے پاس جمع کروا دینے کے بعد، آپ کسی بل کو تب تک نظر انداز کر سکتے ہیں جب تک ہسپتال آپ کی درخواست پر ایک تحریری فیصلہ صادر نہ کر دے۔

چیریٹی کیئر کے لیے یہ درخواست جمع کرانے کے لیے، براہ کرم درج ذیل بیان کو پڑھیں اور نیچے جہاں اشارہ کیا گیا ہے وہاں پر دستخط کریں۔

میں معرفت بذا درخواست کرتا ہوں کہ NEWYORK-PRESBYTERIAN /QUEENS چیریٹی کیئر کے لیے میری اہلیت کا تحریری تعین کرے۔ میں سمجھتا ہوں کہ میری سالانہ آمدنی اور خاندان کے سائز سے متعلق میری جمع کروائی گئی معلومات کی ہسپتال کی جانب سے تصدیق کی جا سکتی ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ اگر میری جمع کروائی گئی معلومات غلط ہونے کا تعین کیا جاتا ہے تو اس طرح کے تعین کے نتیجے میں چیریٹی کیئر سے انکار کیا جا سکتا ہے اور میں فراہم کردہ خدمات کے لیے چارجز کا جوابدہ ہو سکتا ہوں۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ معلومات میری بہترین معلومات کی حد تک صحیح اور درست ہیں۔ اس کے علاوہ، میں NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL کو اس درخواست میں شامل کسی بھی معلومات کی تصدیق کرنے کی اپنی اجازت دیتا ہوں۔

تاریخ _____ درخواست دہندہ کے دستخط _____ اکاؤنٹ نمبر _____

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services
3 Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577

مکمل کردہ درخواست اس پتے پر بھیجی جائے:

بملاحظہ: Jerome Fields
یا اس نمبر پر فیکس کریں: 801-8504 (516)