

NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS

مالی امداد کیلئے درخواست

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

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

ٹیلیفون نمبر () _____ پیشہ _____ آجر _____ آجر کا ٹیلیفون نمبر _____

آمدنی - درج ذیل سے خود اپنی، شریک حیات اور گھرانے کے دیگر تمام اراکین کے لیے مشترکہ 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		
میزان		

ہسپتال کی درخواست ہے کہ آپ اوپر 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 اراکین:

نام	عمر	رشتہ

نوٹ: اگر اضافی جگہ درکار ہو تو براہ کرم دوسری شیٹ 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 معاون دستاویزی شہادت ذیل میں درج پتے پر ہسپتال میں جمع کروا دینے پر، آپ کسی بھی بل کو تب تک نظر انداز کر سکتے ہیں جب تک ہسپتال آپ کی درخواست پر تحریری فیصلہ صادر نہ کر دے۔

مالی امداد 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 ہذا درخواست کرتا ہوں کہ NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS مالی امداد 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 مالی امداد 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 کا دستخط _____ اکاؤنٹ نمبر _____

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753

مکمل کردہ درخواست اس پتے پر بھیجی جائے:

Att: Financial Aid Department

یا اس پر فیکس کریں: (516) 801-8504