



0332E

مالی امداد کی درخواست کی ہدایات

1. براہ مہربانی منسلکہ درخواست کے تمام شعبہ جات کو پُر کریں۔ اگر کوئی شعبہ آپ پر اطلاق نہیں ہوتا تو فراہم کردہ جگہ پر N/A لکھیں۔
2. اگر کسی سوال کے جواب کے لیے آپ کو مزید جگہ درکار ہو تو اضافی صفحہ لف کریں۔
3. جب آپ یہ درخواست جمع کروا رہے ہوں تو لازمی ہے کہ آمدنی کی دستاویزات بطور ثبوت فراہم کریں۔ آمدنی کے ثبوت کے لیے مندرجہ ذیل دستاویزات کو قبول کیا جاتا ہے:

اگر آپ نے وفاقی انکم ٹیکس گوشوارے جمع کروائے ہیں تو آپ کو ایک نقل ارسال کرنا ہو گی:

ا۔ گزشتہ مالی سال کے وفاقی انکم ٹیکس گوشوارے (فارم 1040)۔ لازمی ہے کہ آپ تمام شیڈول اور منسلکات کو ویسے ہی شامل کریں جیسے انہیں انٹرنل ریوینیو سروس کو جمع کروایا۔

اگر آپ نے وفاقی انکم ٹیکس گوشوارے جمع نہیں کروائے تو براہ مہربانی مندرجہ ذیل فراہم کریں:

ا۔ دو (2) حالیہ ترین پئے چیک اسٹیٹز؛ اور

ب۔ ایک خط جو وضاحت کرے کہ آپ نے کیوں انکم ٹیکس گوشوارے جمع نہیں کروائے۔

اگر آپ کی آمدن نہیں، یا آمدن کی دستاویزات کا ثبوت نہیں تو براہ مہربانی ایک وضاحتی خط فراہم کریں کہ آپ اپنی/خاندان کی معاونت کیسے کرتے ہیں۔
4. آپ کی مالی امداد کی درخواست پر کارروائی اس وقت تک نہیں ہو سکتی جب تک آپ تمام درکار معلومات فراہم نہیں کرتے۔
5. یہ اہم ہے کہ آپ مالی امداد کی درخواست کو تمام درکار منسلکات کے ہمراہ چودہ (14) دنوں کے اندر جمع کروائیں۔
6. لازمی ہے کہ آپ مالی امداد کی درخواست پر دستخط اور تاریخ درج کریں۔ اگر مریض/ذمہ دار فریق اور زوج معلومات فراہم کرتے ہیں، دونوں کو درخواست پر دستخط کرنا ہوں گے۔
7. اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں، براہ مہربانی (909) 651-4177 پر پیر تا جمعرات 9:00 سے شام 5:00 بجے اور جمعہ کے روز صبح 9:00 سے دوپہر 2:00 بجے تک (ویک اینڈز اور تعطیلات کو نکالتے ہوئے) Patient Business Office کو کال کریں۔ ویک اینڈز، تعطیلات اور اوقات سے باہر، براہ مہربانی معاونت کے لیے رجسٹریشن نمائندے سے رابطہ کریں۔
8. اپنی مکمل کردہ مالی امداد کی درخواست اور تمام درکار دستاویزات کو ارسال کریں:

Loma Linda University Behavioral Medicine Center
Patient Business Office
P.O. Box 700
Loma Linda, CA 92354

مالی امداد کی درخواست کی ہدایات

اس فارم کا مقصد Loma Linda University Behavioral Medicine Center Charity Care / رعائتی ادائیگی پالیسی کے ساتھ مریض/ذمہ دار فریق کی مالی امداد کے لیے اہلیت کا تعین کرنا ہے۔

<p>زوج نام _____</p> <p>فون گھر: _____ دفتر: _____</p> <p>زوج _____</p>	<p>مریض/ذمہ دار فریق نام (کفیل) _____</p> <p>پتہ _____</p> <p>سوشل سیکورٹی نمبر مریض/ذمہ دار فریق _____</p>
---	---

خاندانی حالت (تمام زیر کفالت جن کے آپ کفیل ہیں انہیں فہرست کریں)

رشتہ	عمر	نام

روزگار کی حالت
مریض/ذمہ دار فریق

آجر

مریض/ذمہ دار فریق

عہدہ

آجر

رابطہ فرد

آجر رابطہ

ٹیلیفون

زوج کا آجر

زوج کا عہدہ

آجر

رابطہ شخص

آجر رابطہ

ٹیلیفون

مریض شناخت

Loma Linda University Behavioral Medicine Center

مالی امداد کی درخواست

کی ہدایات

صفحہ 2 از 3

19-0332E (2-15)



