



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 Medical 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 Medical 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 (کفیل) نام _____</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 Medical Center

مالی امداد کی درخواست

کی ہدایات

صفحہ 2 از 3

19-0332 (2-15)



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

تنخواہ

زوج	مريض/كفيل
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$

1. سالانہ کل آمدن و تنخواہ (کٹوتی سے قبل)
 2. خود کفیل روزگار آمدن/سالانہ
 3. دیگر آمدن:
 - ا. سود اور منافع
 - ب. ریل اسٹیٹ رینٹل اور لیز
 - ج. سوشل سیکورٹی
 - د. خرچ
 - و. بچے کے لیے معاونت
 - م. بے روزگاری/معذوری
 - ن. سرکاری امداد
 - ع. دیگر تمام ذرائع (فہرست منسلک کریں)
- کل آمدن (بالا سطریں 1 تا 3 شامل کریں)

غیر معمولی اخراجات

براہ مہربانی کسی بھی غیر معمولی اخراجات کے بارے میں معلومات فراہم کریں جیسے، میڈیکل بل، دیوالیہ پن، عدالتی فیصلے یا تصویہ ادائیگیاں (حسب ضرورت فہرست منسلک کریں)۔

رقم	تصریح

ذیل میں دستخط کرنے پر، میں/ہم اعلان کرتا/کرتے ہوں/ہیں کہ میرے/ہمارے علم کے مطابق فراہم کردہ تمام معلومات درست ہیں۔ میں/ہم LLUMC کو اجازت دیتا/دیتے ہوں/ہیں کہ اس درخواست میں فہرست کردہ کسی بھی معلومات کی تصدیق کرے۔ میں/ہم واضح طور پر اجازت دیتا/دیتے ہوں/ہیں کہ میرے/ہمارے آجر سے رابطہ کریں۔

مريض/ذمہ دار فریق کے دستخط	مريض سے رشتہ	تاریخ
زوج کے دستخط	تاریخ	

مريض شناخت

Loma Linda University Medical Center

مالی امداد کی درخواست
کی ہدایات
صفحہ 3 از 3

