

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 براہ مہربانی 713.338.5502 یا 800.526.2121 پر کال کریں -- 5 دبائیں

فون:

مریض کا نام:

سٹی، اسٹیٹ، زپ کوڈ:

مریض کا مقامی پتہ:

خدمات کی تاریخ (تاریخیں):

اکاؤنٹ نمبر (نمبرات):

ہدایات:

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 فوٹوکاپی منسلک کریں

آمدنی کے درج ذیل ثبوتوں میں سے ایک کی فوٹوکاپی 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۔

سوشل سیکورٹی چیک یا ایوارڈ لیٹر

آخری 2 پے چیک کی رسید

ملازم کا نام، پیشہ، فی گھنٹہ اجرت، کام کے گھنٹوں کی

تعداد بیان کرتے ہوئے آجر کی طرف سے خط

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

صورت حال: ٹیکساس کا مستقل باشندہ قانونی باشندہ مہاجرتی ویزا غیر مہاجرتی ویزا

ازدواجی صورتحال (ایک کو نشان زد کریں): شادی شدہ تنہا طلاق شدہ

بیوہ/رنڈوا دیگر

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

منحصرین کا رشتہ (ایک کو نشان زد کریں)

مکمل نام	تاریخ پیدائش	بچہ	سوتیلا-بچہ	سرپرست	جوان/سینئر	غیر متعلق

ملازمت کا خلاصہ

مریض شریک حیات شریک حیات

آجر آجر

پیشہ پیشہ

ملازمت کی صورتحال (ایک کو نشان زد کریں): کل-وقتی جز-وقتی ملازمت کی صورتحال (ایک کو نشان زد کریں): کل-وقتی جز-وقتی

روزگار روزگار خاتون خانہ کام پر واپس جانے سے قاصر کام پر واپس جانے سے قاصر

فی مہینہ گھرانے کی آمدنی فی مہینہ گھرانے کے اخراجات (FAA کے لیے ناقابل اطلاق)

مریض	شریک حیات	گزارہ خرچ	بے روزگاری	چائلڈ سپورٹ	پسماندگان کے منافع	معاوضہ برائے کارکنان	ٹرسٹ فنڈ	دیگر	مجموعی آمدنی
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ
باؤسنگ:	گھر کی ادائیگی	افادیات (بجلی، پانی)	کار نمبر 1	کار نمبر 2	گیسولین	بیمہ	ٹی وی / کیبل / فون	غذا	مجموعی اخراجات
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ذاتی/قرض									
مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ	مہینہ

بینک اکاؤنٹس / دیگر املاک (تمام 3 سوالوں کے جواب دینے لازمی ہیں): (FAA کے لیے ناقابل اطلاق)

چالو کھاتہ؟ (ایک پر دائرہ لگائیں)	ہاں	نہیں	کرنٹ بیلنس
بچت کھاتہ؟ (ایک پر دائرہ لگائیں)	ہاں	نہیں	کرنٹ بیلنس
اضافی جائداد؟ (ایک پر دائرہ لگائیں)	ہاں	نہیں	موجودہ قیمت

اگر ہاں، تو براہ مہربانی وضاحت کریں:

دوسری طرف دیکھیں

MEMORIAL HERMANN

دوسری طرف دیکھیں

- 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 کا تعین کرنے کے لیے میموریل ہرمن کے ذریعہ استعمال کی جا سکتی ہے۔
- میں میموریل ہرمن کو ان بیانات کی تصدیق کے لیے جو میں نے دئے ہیں کسی بھی ذریعہ سے معلومات حاصل کرنے کی رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔
- اگر مالیاتی تعاون کے لیے اہلیت کے 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 میموریل ہرمن 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، ریاستی، 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 کے تعین سے پہلے ہی درخواست دیں گے۔ میموریل ہرمن 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 کیے جانے پر مخالف اثر ڈال سکتی ہے۔
- میں اس حقیقت کی توثیق کرتا ہوں کہ میں نے، Medicaid، کرائم ویکٹمز، ہیلتھ ایکسچینج انشورینس 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/گی۔

تاریخ

مریض/ضمانت دار کا دستخط

اس درخواست کی خانہ پری کرنے کے بعد، برائے مہربانی اسے اور تمام تائیدی دستاویزات کو درج ذیل پتہ پر میل، فیکس یا ای میل کر دیں:

Patient Business Services

909 Frostwood Dr., Suite 3:100

Houston, Texas 77024

توجہ دیں: PBS Financial Assistance

فیکس: 713-338-4261

ای میل: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

صرف آفس کے استعمال کے لیے
ادارہ کے CEO / CFO کی طرف سے منظور کردہ مالیاتی تعاون

منظوری بذریعہ

تاریخ

عنوان

نام / دستخط

مخالف جانب دیکھیں

مخالف جانب دیکھیں

MEMORIAL
HERMANN