

130# E بارٹر اسٹریٹ #500  
 آرلنگٹن ٹیکساس 76010  
 800-890-6034 / 682-236-3000  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

آرلنگٹن میموریل ہاسپٹل  
 بیرس میتھوڈسٹ ہاسپٹلز  
 پریس بائیٹیرین ہاسپٹلز

تاریخ / Date : \_\_\_\_\_ :ضامن کا نام / Guarantor Name

مریض کا نام / Patient Name : \_\_\_\_\_ :خدمت کی تاریخ / Date of Service

ہسپتال اکاؤنٹ نمبر / # Hospital Account \_\_\_\_\_ :طبی ریکارڈ / # Medical Record

<input type="checkbox"/> Texas Health Presbyterian Hospital Denton	<input type="checkbox"/> Texas Health Harris Methodist Hospital Southwest Fort Worth	<input type="checkbox"/> Texas Health Arlington Memorial Hospital	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Texas Health Presbyterian Hospital Kaufman	<input type="checkbox"/> Texas Health Harris Methodist Hospital Stephenville	<input type="checkbox"/> Texas Health Behavioral Health Hospital Corinth	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Texas Health Presbyterian Hospital Plano	<input type="checkbox"/> Texas Health Harris Specialty Hospital Fort Worth	<input type="checkbox"/> Texas Health Harris Methodist Hospital Alliance	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Texas Health Recovery and Wellness Center	<input type="checkbox"/> Texas Health Heart & Vascular Hospital Arlington	<input type="checkbox"/> Texas Health Harris Methodist Hospital Azle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Texas Health Seay Behavioral Health Hospital	<input type="checkbox"/> Texas Health Outpatient Surgery Center Alliance	<input type="checkbox"/> Texas Health Harris Methodist Hospital Cleburne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Texas Health Springwood Behavioral Health Hospital	<input type="checkbox"/> Texas Health Presbyterian Hospital Allen	<input type="checkbox"/> Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Texas Health Presbyterian Hospital Dallas	<input type="checkbox"/> Texas Health Harris Methodist Hospital Hurst-Euless-Bedford	<input type="checkbox"/>

محترم مریض/مریضہ:

اس کے ساتھ آپ کو ٹیکساس ہیلتھ کی مالی معاونت کی درخواست منسلک ملے گی۔ اس درخواست کی تکمیل ہمیں آپ کے ہسپتال کے بل (بلوں) کے لیے مالی معاونت کے لیے غور کیے جانے کے لیے آپ کے اکاؤنٹ کو پیش کرنے کے قابل بنائے گا۔ یہ صرف آپ کے ہسپتال کے اخراجات کے لیے ہے۔

ہم سمجھتے ہیں کہ آپ پرائیویسی چاہتے ہیں۔ اس کے مطابق، ماسوائے تصدیقی عمل کے، آپ کی درخواست میں شامل تمام معلومات کو رازدارانہ معلومات کے طور پر رکھا جائے گا۔ اسے صرف ٹیکساس ہیلتھ ریسورسز کے اندر جاننے کی ضرورت کی بنیادوں پر شریک کیا جائے گا۔

برائے مہربانی درخواست میں ہر چیز کو پورا کریں۔ اگر آپ کو کسی قسم کی وضاحت کے لیے اضافی جگہ کی ضرورت ہو، تو برائے مہربانی درخواست کی پچھلی جانب استعمال کریں۔

برائے مہربانی موجودہ مہینے اور پچھلے دو مہینوں کے لیے اپنی تنخواہ کی رسیدوں کی نقول اور/یا گھرانے کے لیے آمدنی کی کسی دوسری قسم کے ثبوت فراہم کریں۔ اگر آپ کو چیک کی رسیدیں موصول نہیں ہوتیں، تو برائے مہربانی اپنے ماہانہ ڈیبازٹ ظاہر کرنے والی بینک کی اسٹیٹمنٹس کی نقول فراہم کریں۔ اگر خود روزگار ہوں، تو برائے مہربانی اپنی حالیہ ترین جمع کرائی گئی ذاتی آمدنی کے ٹیکس ریٹرن اور منافع اور نقصان کی موجودہ اسٹیٹمنٹ کی ایک نقل فراہم کریں۔ درخواست کردہ دستاویزات فراہم کرنے میں ناکامی مالی معاونت کے لیے غور کیے جانے سے انکار کا سبب بن سکتی ہے۔

یہ بات انتہائی اہم ہے کہ آپ یہ درخواست موصول ہونے پر فوراً مکمل کریں اور جتنی جلدی ممکن ہو سکے، اسے واپس کر دیں۔

اگر آپ کو اس درخواست کو مکمل کرنے میں مشکل پیش آئے یا ایسی کوئی چیز ہے، جو واضح نہیں ہے، تو برائے مہربانی کال کریں۔ آپ کے تعاون کا شکریہ ادا کیا جاتا ہے۔

130# E بارڈر اسٹریٹ  
 آرلنگٹن ٹیکساس 76010  
 800-890-6034 / 682-236-3000  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

آرلنگٹن میموریل ہاسپٹل  
 پیرس میٹھوڈسٹ ہاسپٹلز  
 پیرس ہائیڈریٹ ہاسپٹلز

مالی معاونت کے لیے درخواست - صفحہ 1  
 APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE - Page 1

درمیانہ / MI	پہلا / First	آخری / Last	مریض کا نام / :Patient Name
ہسپتال کا اکاؤنٹ # / :# Hospital Account		تاریخ پیدائش / :DOB	سوشل سیکورٹی # / # Social Security
علیحدہ شدہ / Separated	بیوہ / Widowed	طلاق یافتہ / Divorced	اکیلے / Single
_____	_____	_____	_____
No / نہیں	Yes / ہاں	_____	_____
_____	_____	_____	_____
No / نہیں	Yes / ہاں	_____	_____
_____	_____	_____	_____
No / نہیں	Yes / ہاں	_____	_____
_____	_____	_____	_____
No / نہیں	Yes / ہاں	_____	_____
_____	_____	_____	_____
No / نہیں	Yes / ہاں	_____	_____
_____	_____	_____	_____
No / نہیں	Yes / ہاں	_____	_____
_____	_____	_____	_____

خاندان کے اراکین - (گھر میں رہنے والے) / FAMILY MEMBERS - (Living in the home)  
 شریک حیات / Spouse

_____	عمر / :Age	بچہ / :Child
_____	عمر / :Age	بچہ / :Child
_____	عمر / :Age	بچہ / :Child
_____	عمر / :Age	بچہ / :Child

130# E بارڈر اسٹریٹ  
 76010 آرلنگٹن ٹیکساس  
 800-890-6034 / 682-236-3000  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

آرلنگٹن میموریل ہاسپٹل  
 بیرس مینہوڈسٹ ہاسپٹلز  
 پریس ہائیڈریٹ ہاسپٹلز

**آمدنی (ماہانہ رقم) / INCOME (Monthly Amount):**

ماہانہ رقم / Monthly Amount	اخراجات / Expenses	کل / Net	مجموعی / Gross	
\$	Mortgage/Rent / مورگیج/کرایہ	\$	\$	Patient / مریض
\$	Utilities / یوٹیلٹیز	\$	\$	Spouse / شریک حیات
\$	Car Payments / گاڑی کی ادائیگیاں	\$	\$	انحصار کرنے والے Dependents / لوگ
\$	کھانے / کریانے کی اشیاء / Food / Groceries	\$	\$	عوامی معاونت / Public Assistance
\$	Credit Cards / کریڈٹ کارڈ	\$	\$	فوڈ اسٹیمپس / Food Stamps
\$	دیگر (برائے مہربانی مختص Other (please specify) / کریں)	\$	\$	سوشل سیکیورٹی / Social Security
\$		\$	\$	بے روزگار / Unemployment
\$		\$	\$	اسٹرائیک بینیفٹس / Strike Benefits
\$		\$	\$	کارکنوں کا معاوضہ / Worker's Compensation
\$	TOTAL / کل	\$	\$	نان نفقہ / Alimony
\$		\$	\$	چائلڈ اسپورٹ / Child Support
\$		\$	\$	ملٹری الاٹمنٹس / Military Allotments
\$		\$	\$	پنشنز / Pensions
\$		\$	\$	آمدنی منجانب: سیڈیاں / Income from: CD's
\$		\$	\$	کرایہ، منافع / Rent, Dividends
\$		\$	\$	سود / Interest
\$		\$	\$	TOTAL / کل

**اثاثے / ASSETS:**

\$	چیکنگ اکاؤنٹ / Checking Account
\$	سیونگز اکاؤنٹ / Savings Account
\$	سی ڈی، آئی آر اے کا / CD's, IRA's
\$	دیگر سرمایہ کاری (اسٹاکس، بانڈز وغیرہ) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)
\$	بنیادی رہائش کے علاوہ جائیدادیں/اثاثے / Properties/Land other than primary residence

130# بارڈر اسٹریٹ E 500  
 آرلنگٹن ٹیکساس 76010  
 800-890-6034 / 682-236-3000  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

آرلنگٹن میموریل ہاسپٹل  
 پیرس میٹھوڈسٹ ہاسپٹلز  
 پیرس ہائیڈریٹ ہاسپٹلز

مالی معاونت کے لیے درخواست - صفحہ 2  
 APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE - Page 2

_____	شریک حیات کے آجر کا نام / :Spouse's Employer	_____	آجر کا نام / Name of Employer
_____	ٹیلیفون # / # Telephone	_____	ٹیلیفون # / # Telephone
_____	آجر کا پتہ / Employer Address	_____	آجر کا پتہ / Employer Address
_____	پیشہ / Occupation	_____	پیشہ / Occupation

کیا آپ نے موجودہ طور پر میڈیکلڈ بینیفٹس کے لیے درخواست دی ہوئی ہے؟ /  
 Are you currently applying for Medicaid Benefits?  
 ہاں / Yes \_\_\_\_\_  
 نہیں / No \_\_\_\_\_

کیا آپ نے اپنی کاؤنٹی ہاسپٹل/خراب حالات والے لوگوں کے لیے پروگرام کے ذریعے معاونت  
 کے لیے درخواست دی ہے؟ /  
 Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?  
 ہاں / Yes \_\_\_\_\_  
 نہیں / No \_\_\_\_\_

کیا آپ کا فزیشن اپنی خدمات عطیے کے طور پر فراہم کر رہا ہے؟ /  
 Is your physician donating his/her services?  
 ہاں / Yes \_\_\_\_\_  
 نہیں / No \_\_\_\_\_

کیا آپ کے حادثے/چوٹ/بیماری کے لیے کوئی ممکنہ طور پر ذمہ دار تیسرے فریقین ہیں؟ /  
 Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?  
 ہاں / Yes \_\_\_\_\_  
 نہیں / No \_\_\_\_\_

کیا کوئی آپ کو آپ کے ہسپتال کے بل بھرنے میں معاونت فراہم کر رہا ہے؟ /  
 Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?  
 ہاں / Yes \_\_\_\_\_  
 نہیں / No \_\_\_\_\_

آپ کی مدد کون کر رہا ہے؟ /  
 Who is assisting you?  
 آپ کو کتنی مدد موصول ہو رہی ہے؟ /  
 How much assistance are you receiving?

دیگر کوئی ایسی معلومات لکھیں، جو آپ سمجھتے ہوں کہ ہمیں آپ کے ہسپتال کے بل کی ادائیگی میں معاونت کے لیے آپ کی اہلیت کا تعین  
 کرنے کے لیے مدد کر سکتی ہوں۔ /

List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.

متوقع آمدنی اور/یا فنڈز، جو آپ کو اپنی بیماری کی وجہ سے کام نہ کرنے کے دوران موصول ہو گی (بیماری کی چھٹی، ادائیگی والی چھٹی،  
 معذوری کی مختصر/طویل مدتی آمدنی)۔ /

Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability  
 income) \_\_\_\_\_ \$

وقت کا وہ متوقع عرصہ، جب آپ کام کرنے اور/یا کمانے کے قابل نہیں ہوں گے /

Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages: \_\_\_\_\_

130# E بارڈر اسٹریٹ  
76010 آرلنگٹن ٹیکساس  
800-890-6034 / 682-236-3000  
THRFinancialassistance@texashealth.org

آرلنگٹن میموریل ہسپتال  
پیرس میٹھوڈسٹ ہسپتالز  
پیرس ہائیڈریٹ ہسپتالز

میں سمجھنا/سمجھتی ہوں کہ ٹیکساس ہیلتھ ریسورسز ہسپتال کی جانب اس درخواست کے تجزیے کے حوالے سے اس درخواست میں موجود مالی معلومات کی تصدیق کر سکتا ہے اور میں بذریعہ ہذا، ہسپتال کو اس بات کی اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ فراہم کردہ معلومات کی تصدیق کرنے کے لیے میرے آجر سے رابطہ کرے اور کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسی سے رپورٹس طلب کرے۔ میں جانتا/جانتی ہوں کہ اس معلومات کو مالی معاونت کے لیے میری اہلیت کا تعین کرنے کے لیے استعمال کیا جائے گا اور یہ کہ اس درخواست میں غلط معلومات فراہم کرنا علاج میں مدد کے لیے مالی معاونت سے انکار کا سبب بن سکتی ہے۔ میں یہ بھی سمجھنا/سمجھتی ہوں کہ کسی تیسرے فریق یا دیگر ذریعے سے رقم کی واپسی کی صورت میں مالی معاونت کے لیے کسی قسم کی منظوری پوری طرح یا جزوی طور پر واپس ہو سکتی ہے۔ میں یہ بھی سمجھنا/سمجھتی ہوں کہ مجھے علاج کے لیے موصول ہونے والی کسی قسم کی مالی معاونت کا کسی بھی صورت میں یہ مطلب نہیں نکالا جانا چاہیے کہ یہ ہسپتال کی جانب سے مجھ پر واجب الادا رقم کے حصول کے قانونی استحقاق کے استعمال کی اپنی اہلیت سے دستبرداری ہے اور یہ کہ ہسپتال میں اس داخلے حوالے سے مجھے رقم کی کسی قسم کی واپسی ٹیکساس ہیلتھ ریسورسز کو بھیجی جانی چاہیے۔

تاریخ  
Date

اگر مریض درخواست کرنے والا شخص ہو، تو اس کا دستخط  
Signature of Person Making Request, If Patient

تاریخ  
Relationship

اگر درخواست کرنے والا شخص مریض نہ ہو، تو اس کا دستخط  
Signature of Person Making Request, If Not Patient

گھر کا ٹیلیفون نمبر  
Home Telephone Number

مریض کا پتہ  
Patient's Address  
شہر  
City  
ریاست  
State  
ZIP  
کاؤنٹی  
County