



SENTARA®

Hospitales Sentara
sentara.comمالی امداد کی درخواست
Application for Financial Assistanceاکاؤنٹ #: _____
Account #مریض کا نام: _____
Patient Nameمریض کا پتہ: _____
Patient Addressخارجہ کی تاریخ: _____
Discharge Dateداخلہ کی تاریخ: _____
Admit Dateفون #: _____
Phone #چھوٹ کی رقم: _____
Write Off Amountکل فیس: _____
Total Chargesمریض سے تعلق _____
Relationship to Patientامداد کی درخواست برائے: _____
Assistance Requested by:

مریض کے گھر کے ہر فرد کا نام درج کریں، بشمول مریض، جیسا کہ ٹیکس ریٹرن پر درج ہو۔ اگر ضرورت ہو تو اضافی صفحہ استعمال کریں۔
List every member of the patient's household, including patient, as listed on the tax return. Use additional sheets if necessary.

نام NAME	عمر AGE	تعلقات RELATIONSHIP	مجموعی سالانہ آمدنی MONTHLY GROSS INCOME	آمدنی کا ذریعہ SOURCE OF INCOME

براہ مہربانی اپنے اثاثا، ذمہ داریوں، آمدنی اور اخراجات کے بارے میں درج ذیل حصہ مکمل کریں:
PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SECTION ON YOUR ASSETS, LIABILITIES, INCOME AND EXPENSES

کیا آپ کا مکان خود کا ہے یا کرایہ کا؟ خود کا کرایہ کا ماہانہ کرایہ/رہن: \$ _____
Do you own or rent your home? Monthly rent/mortgage Rent Own

رہن پر باقی رقم: \$ _____
Amount remaining on mortgage

کیا آپ کی گاڑی خود کی ہے یا لیز پر ہے؟ خود کی لیز پر ماہانہ کار کی ادائیگی کی رقم: \$ _____
Do you own or lease your car? Monthly car payment amount Lease Own

باقی کار کا قرض: \$ _____
Remaining car loan balance

آپ کا ماہانہ اخراجات کتنا ہے؟ \$500 سے کم \$500 اور \$1,000 کے درمیان \$1,000 سے زیادہ
How much is your monthly living expense? Less than \$500 Between \$500 and \$1,000 More than \$2,000

\$1,000 اور \$2,000 کے درمیان \$2,000 سے زیادہ
Between \$1,000 and \$2,000 More than \$2,000

گزشتہ تین (3) مہینوں کے لیے خاندان کی کل آمدنی \$ _____
Total family income for the last three (3) months

بچت خاتے کا بیلنس \$ _____
Savings Account Balance

چیکنگ خاتے کا بیلنس \$ _____
Checking Account Balance

ریٹائرمنٹ بچت کا بیلنس \$ _____
Retirement Savings Balance

غیر-ریٹائرمنٹ سرمایہ کاری \$ _____
Non-Retirement Investment

براہ مہربانی نشان لگائیں اگر آپ کے پاس مندرجہ ذیل اضافی وسائل ہیں یا آپ کو حاصل ہوتے ہیں:
PLEASE CHECK IF YOU RECEIVE OR HAVE ANY OF THE FOLLOWING ADDITIONAL RESOURCES

کمرشل بیمہ ویترن چیمپس/ٹرائی کیئر میڈیکیر میڈیکائیڈ
Commercial Ins. Veteran's Champus/Tricare Medicare Medicaid

سناپ (SNAP) فوڈ اسٹیمپ ٹی اے این ایف (TANF) کوبرا (COBRA) دیگر، براہ کرم وضاحت کریں:
Food Stamps Other, please specify

کیا یہ خدمت ایسے حادثے کی وجہ سے ہے جس میں آپ کا کوئی دعویٰ ہوگا یا آپ کی نمائندگی ایک وکیل کریگا؟
Was this service due to an accident in which you may have a claim or be represented by an attorney?

اگر ہاں، تو وکیل کا نام اور رابطہ کی معلومات کیا ہے؟
If so, what is the attorney's name and contact information?

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا معلومات سچی اور درست ہے۔ میں Sentara Hospitals کو اس معلومات کی آجروں اور دیگر ایجنسیوں کے ذریعے تصدیق کرنے کا اختیار دیتا/دیتی ہوں۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ یہ معلومات وفاقی اور/یا ریاستی ایجنسیوں کے ذریعے نظر ثانی کے مشروط ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھ سے امید کی جاتی ہے کہ میں ایسی کسی بھی دیگر مدد کی درخواست کرونگا/کرونگی، جو مجھے دستیاب ہو۔
I certify that the above information is true and correct. I authorize Sentara Hospitals to verify this information with employers and other agencies. I also understand that this information is subject to review by Federal and/or State Agencies. I also understand that I am expected to make application to any other help, which may be available to me.

درخواست کی تاریخ
Signature

دستخط
Date Requested

Rev. 1/2016

Place
Stamp
Here

Sentara Healthcare
ATTN: Financial Assistance Coordinator
535 Independence Parkway, Suite 700
Chesapeake, Virginia 23320

عزیز Sentara کے مریض،

صحت کی دیکھ بھال کے فراہمکار کی حیثیت سے، ہم ہسپتال میں پہلی بار داخلے سے خارجہ اور بلنگ تک اپنے مریضوں کی خوشحالی کی فکر کرتے ہیں۔

ہم سمجھتے ہیں کہ صحت کی دیکھ بھال کے اخراجات اکثر اچکی ہوتے ہیں اور اس مالی ذمہ داری کو پورا کرنا حد سے زیادہ غالب محسوس ہو سکتا ہے۔ یہ خاص طور پر سچ ہوتا ہے اگر آپ کے پاس صحت کا بیمہ نہ ہو۔

اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ مالی امداد یا آپ کی آمدنی کی بنیاد پر کم دام میں دیکھ بھال کے اہل ہو سکتے ہیں، براہ مہربانی اس فارم کو مکمل کریں اور ہمیں لوٹا کر آپ کی امداد کے لیے اہلیت کی تشخیص کرنے میں مدد کریں۔

آپ ہمیں
233-4600 یا (757) 984-4600 (757)
پر ولیمسبرگ میں کال بھی کر سکتے ہیں۔ ہم آپ کی مدد کرنے کے لیے تیار ہیں۔



SENTARA®

آپ کی برادری کا غیر منفعتی صحت کا ساتھی

HRNV_URD