

**INOVA مالی امداد**

IAH IFH IMVH IFOH ILH

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (Date) تاریخ

\_\_\_\_\_ (Patient) مریض

\_\_\_\_\_ (MRN) طبی ریکارڈ نمبر

**عزیز مریض/ضامن:**

مجھے آپ کا Inova مالی امداد فارم موصول ہو گیا ہے۔ آپ کی درخواست پر عملدرآمد کرنے کے لیے، درج ذیل معلومات کی ضرورت ہے۔

نشان دہی کردہ دستاویزات فراہم کریں: (آپ پر لاگو ہونے والے سبھی۔ برائے مہربانی صرف نقلیں، اصل نہیں)

**X** 2018 وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن برائے خود، شریک حیات یا گھریلو شریک کی **نقل** (برائے مہربانی اپنے ٹیکسز۔ 1040 فارمس کے پہلے 2 صفحات ہی بھیجیں)

**X** 2 موجودہ ادائیگی رسیدیں برائے خود، شریک حیات یا گھریلو شریک کی **نقل**

▪ اگر آپ کو نقد میں ادائیگی کی جاتی ہے، تو اپنے آجر کی جانب سے ملنے والا ایک تصدیق کردہ خط فراہم کریں جس میں آپ کی اجرتوں اور اوقات کار، آجر کے ناموں، پتہ، اور فون نمبر کا تذکرہ ہو۔

▪ کسی دوسری طرح کی آمدنی کا ثبوت جو گھرانہ/خاندان کے کسی فرد کو حاصل ہوئی ہو --- بے روزگاری، سوشل سیکورٹی، معذوری، سبکدوشی، طفل معاونت یا نان نفقہ

▪ معاونت کی تصدیق (اگر آپ اور شریک حیات یا شریک کام نہیں کرتے ہیں) (تصدیق کردہ)

▪ رہائش کا ثبوت (سروس کی تاریخ سے 9 مہینے پہلے)

▪ آمدنی کا خود سے اعلان (اپنے محاسب یا آپ کی جانب سے تصدیق کردہ دستاویز سے سال کی شروعات سے لے کر اب تک کا اعلان فراہم کریں)

▪ دیگر

درخواست کردہ دستاویزات فراہم کرنے میں ناکامی کا نتیجہ آپ کی درخواست کی نامنظوری ہوگا، جس سے پورے بیلنس کی ذمہ داری آپ کی ہوگی۔

کسی سوال کے لیے یا اگر آپ کو درخواست کردہ دستاویزات اکٹھا کرنے کے لیے مزید وقت کی ضرورت ہو تو برائے مہربانی 571-423-5880 پر کال کریں۔

اگر آپ تصدیق کو فیکس کے ذریعہ بھیجنے کو ترجیح دیں؛ تو ہمارا فیکس نمبر 571-423-5886 ہے۔

**\*\* آمدنی اور خاندان کے حجم کی تصدیق موصول ہوجانے پر، برائے مہربانی حساب کتاب پر عملدرآمد کرنے کے لیے 30 دنوں کا موقع دیں\*\***

===== اہم! =====

**INOVA Health System**  
**Financial Aid Office**  
 2990 Telestar Court, 1<sup>st</sup> floor  
 Falls Church, VA 22042

اس ورقہ کے ساتھ دستاویزات منسلک کریں اور  
**بند رہ (15) دنوں کے اندر درج ذیل پتہ پر میل کر دیں:**

مریض کا اکاؤنٹس  
مالی امداد فارم

Patient Accounts  
Financial Assistance Form

بھرا ہوا فارم کو لوٹائیں در:  
Inova  
2990 Telestar Ct. Falls Church, VA 22042

مڈیکل ریکارڈ / ضامن #		خدمت کی تاریخ		اکاؤنٹ نمبر	
مریض کا نام - آخری		پہلا		M.I.	
پتہ		اپارٹمنٹ نمبر		شہر	
آپ اس پتہ پر کب سے رہائش پذیر ہیں؟		ریاست		زپ کوڈ	
آجر کا نام		آجر کا فون نمبر		خاندان کے افراد کی تعداد	
خاندان کے افراد کے نام		تاریخ پیدائش		سوشل سیکورٹی نمبر	
رشتہ		جنس		رشتہ	
1.		/ / /		.3	
2.		/ / /		.4	

گھریلو آمدنی اور ذریعہ معاش کیا ہے؟ (بشمول کسی بھی ذریعے سے مریض اور زوج، والدین کی اجرت/تنخواہ/آمدنی، اگر مریض کمسن ہو)

1. اجرت	براہ مہربانی آمدنی کے کوڈ پر دائر بنائیں	8. دیگر	براہ مہربانی آمدنی کے کوڈ پر دائر بنائیں
\$	A M 2W W	\$	A M 2W W
\$	A M 2W W	\$	A M 2W W
\$	A M 2W W	\$	A M 2W W
\$	A M 2W W	\$	A M 2W W
\$	A M 2W W	\$	A M 2W W
\$	A M 2W W	\$	A M 2W W
\$	A M 2W W	\$	A M 2W W
\$	A M 2W W	\$	A M 2W W

آمدنی کے کوڈز: W = ہفتہ وار 2W = ہر دوسرے ہفتے M = ماہانہ A = سالانہ

کیا یہ دورہ متعلق تھا: موثر گاڑی حادثے کے؟  ہاں (Yes)  نہیں (No) جب کے وقت چوٹ آئی؟  ہاں (Yes)  نہیں (No)

میں تصدیق کرتا ہوں کہ درج بالا بیانات میری معلومات اور یقین کے مطابق صحیح اور درست ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اسپتال کے لیے آمدنی کے ثبوت (ادھار کی رپورٹ، ٹیکس واپسی، ادائیگی چیک کی پرچیاں، معذوری کی شناخت، وغیرہ) درکار ہوگی اور میں Equifax Credit Bureau اور/یا سماجی خدمات کی ایجنسیوں کو ایپلیکیشن کے عمل کو پورا کرنے میں درکار معلومات کو جاری کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ اس کے علاوہ، میں اپنی اسپتال کے اخراجات کی ادائیگی کے لیے کسی معاون (Medicare، Medicaid، انشورینس وغیرہ) کو درخواست کروں گا۔ میں ایسی امداد حاصل کرنے کے لیے معقول حد تک ضروری کوئی بھی کارروائی کروں گا اور اسپتال کے اخراجات کے لیے بحال کردہ رقم اسپتال کو منسوب یا ادا کروں گا۔ اگر میری فراہم کردہ کوئی بھی معلومات غلط ثابت ہوتی ہے تو میں سمجھتا ہوں کہ اسپتال میری مالی حیثیت کی دوبارہ قیمت لگا سکتا ہے اور مناسب کارروائی کر سکتا ہے۔

اس ایپلیکیشن پر غور کیے جانے کے لیے اس سے وابستہ تمام دستاویزات پندرہ (15) دنوں کے اندر جمع کیے جانے چاہیے۔

درخواست دیندہ کا دستخط:

درخواست دیندہ کا دستخط:

تاریخ درخواست:

کل حساب کے قابل آمدنی: \$

کل حساب کے قابل آمدنی: \$

اس حصے میں نہ لکھیں، یہ صرف آفیشل استعمال کے لیے ہے!

500%	400%	250%	100%	
\$62,450	\$49,960	\$31,225	\$12,490	1
\$84,550	\$67,640	\$42,275	\$16,910	2
\$106,650	\$85,320	\$53,325	\$21,330	3
\$128,750	\$103,000	\$64,375	\$25,750	4
\$150,850	\$120,680	\$75,425	\$30,170	5
\$172,950	\$138,360	\$86,475	\$34,590	6
\$195,050	\$156,040	\$97,525	\$39,010	7
\$217,150	\$173,720	\$108,575	\$43,430	8
\$239,250	\$191,400	\$119,625	\$47,850	9
\$261,350	\$209,080	\$130,675	\$52,270	10

نوٹ: 8 افراد سے زائد پر مشتمل خاندانوں/گھرانوں کے لیے، ہر اضافی شخص کے لیے \$4,320 ڈالر کا اضافہ کریں۔



اگر بے روزگار ہو تو براہ کرم مجموعی گھریلو آمدنی کے سابقہ ذریعہ معاش اور رقم ذیل میں فراہم کریں:

ذریعہ معاش: \_\_\_\_\_

رقم: \_\_\_\_\_

<p>کل رقم ہے: _____</p>	<p>آپ کے چیکنگ اکاؤنٹس، بچت اکاؤنٹس، جمع کی سندیں، اور / یا سکیورٹی اکاؤنٹس میں کل باقی رقم کیا ہے؟</p>
<p><input type="checkbox"/> ہاں؛ موجودہ مقدار ہے: _____ (Yes; the current value is) <input type="checkbox"/> نہیں (No)</p>	<p>کیا آپ کے کوئی انفرادی ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس ہیں؟ (IRA, 401(k), 401(b), Keogh)</p>
<p>#1 قیمت: \$ _____ ادائیگی: \$ _____ خالص بقایا جلت: \$ _____ #2 قیمت: \$ _____ ادائیگی: \$ _____ خالص بقایا جلت: \$ _____ #3 قیمت: \$ _____ ادائیگی: \$ _____ خالص بقایا جلت: \$ _____</p>	<p>کیا آپ کے پاس کوئی موٹر گاڑی ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں (Yes) <input type="checkbox"/> نہیں؛ ہاں: (No; if Yes) #1 سال _____ بناوٹ _____ ماڈل _____ #2 سال _____ بناوٹ _____ ماڈل _____ #3 سال _____ بناوٹ _____ ماڈل _____</p>
<p><input type="checkbox"/> ہاں؛ مجموعی رقم ہے: _____ (Yes; the total amount is) <input type="checkbox"/> نہیں (No)</p>	<p>کیا آپ کو سود، منافع، یا مالیت سے آمدنی موصول ہوتی ہے؟</p>
<p>اگر آپ مالک ہیں: حالیہ قیمت: \$ _____ مابتہ ادائیگی / کرایہ \$ _____</p>	<p>کیا آپ: <input type="checkbox"/> گھر کے مالک ہیں (Own your home) <input type="checkbox"/> گھر کرائے پر دیتے ہیں؟ (Rent your home?) اگر نہیں تو: کہاں اور کس کے ساتھ رہتے ہیں؟ _____</p>
	<p>9 مہینہ کی رہائش کی تصدیق کی گئی <input type="checkbox"/> (9 Month Residency Verified)</p>

## Notice of Non-Discrimination

As a recipient of federal financial assistance, Inova Health System (“Inova”) does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age in admission to, participation in, or receipt of the services or benefits under any of its programs or activities, whether carried out by Inova directly or through a contractor or any other entity with which Inova arranges to carry out its programs and activities.

This policy is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, Section 1557 of the Affordable Care Act, and regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to these statutes at 45 C.F.R. Parts 80, 84, 91 and 92, respectively.

Inova:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, please let our staff know of your needs for effective communication.

If you believe that Inova has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling 703.205.2175. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Relations staff is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## Interpreter Services are available at no cost to you. Please let our staff know of your needs for effective communication.

<b>Spanish</b>	Atención: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Por favor infórmele a nuestro personal sobre sus necesidades para lograr una comunicación efectiva.
<b>Korean</b>	알려드립니다: 귀하가 한국어를 구사한다면 무료 언어 도움 서비스가 가능합니다. 효과적인 의사전달을 위해 필요한 것이 있다면 저희 실무자에게 알려주시기 바랍니다.
<b>Vietnamese</b>	Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí cho quý vị sử dụng. Xin vui lòng thông báo cho nhân viên biết nhu cầu của quý vị để giao tiếp hiệu quả hơn.
<b>Chinese</b>	注意: 如果你說中文, 可以向你提供免費語言協助服務。請讓我們的員工了解你的需求以進行有效溝通。
<b>Arabic</b>	انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر الخدمات المجانية للمساعدة في اللغة. يرجى إعلام فريق العمل باحتياجاتك من أجل الحصول على عملية تواصل فعالة.
<b>Tagalog</b>	Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Mangyaring ipaalam sa aming mga kawani ang iyong mga pangangailangan para sa epektibong komunikasyon.
<b>Farsi</b>	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم خواهد بود. به منظور برقراری ارتباط موثر، کارکنان ما را از نیازهای خود مطلع کنید.
<b>Amharic</b>	ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለእርስዎ የቋንቋ ድጋፍ አግልግሎቶች ከክፍያ በነጻ ይቀርብልዎታል። ውጤታማ የሆነ ኮሚኒኬሽንን የሚፈልጉ ከሆነ ሰራተኞቻችን እንዲያውቅ ያድርጉ።
<b>Urdu</b>	توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان امداد خدمات، مفت میں، آپ کو دستیاب ہیں۔ موثر مواصلت کے لیے برائے مہربانی ہمارے عملے کو اپنی ضروریات کے بارے میں بتلا دیں۔
<b>French</b>	Attention: Si vous parlez Français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez informer notre personnel de vos besoins pour assurer une communication efficace.
<b>Russian</b>	Внимание: Если вы говорите на русском языке, для вас доступны бесплатные услуги помощи с языком. Для эффективной коммуникации, пожалуйста, дайте персоналу знать о ваших потребностях.
<b>Hindi</b>	कृपया ध्यान दें : यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया प्रभावी संचार-संपर्क हेतु अपनी आवश्यकताओं के बारे में हमारे कर्मचारियों को बताएं।
<b>German</b>	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen kostenlose Service-Sprachdienstleistungen zu Ihrer Verfügung. Teilen Sie unserem Team bitte Ihre Wünsche für eine effektive Kommunikation mit.
<b>Bengali</b>	দৃষ্টি আকর্ষণ করুন : আপনি যদি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা সেবা পাওয়া যাবে। অনুগ্রহ করে কার্যকরী যোগাযোগের জন্য আপনার প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে আমাদের কর্মীদের জানান।
<b>Kru (Bassa)</b>	Tò Dùù Nòmò Dyiin Cáo: Ǿ jú ké ìm dyi Gòdǝ̀-̀wùdù̀ (Bàsò̀-̀wùdù̀) pò ní, níí, à bédé gbo-kpá-kpá bó wuǝ̀-dù kò-kò pò-nyò bě bíi nǝ̀ à gbo bó pídyi. M̩ dyi ǝ̀ dè mó nǝ̀ à gbo ní, m̩ me nyue bé à kùà-nyò bě̀ kée dýí dyuò, ké à kè m̩ kè mue jè cèin nòmò dýiin.
<b>Ibo</b>	Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Biko mee ka ndị ọrụ anyị mara mkpa gi maka nkwekọrịta ga-aga nke ọma.
<b>Yoruba</b>	Akiyesi: Bi o ba nsọ Yoruba, awọn işe iranlọwọ ede wa l'ọfẹ fun ọ. Ọwọ ọ jẹ ki ara ibiṣe wa mọ nipa awọn aini rẹ fun ibaraṅisọrọ ti o munadoko.