



\* 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 کی تعین کرنے کے لیے Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony کے ذریعہ استعمال کی جا سکتی ہے۔

\* میں Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony کو ان بیانات کی تصدیق کے لیے جو میں نے دئے ہیں کسی بھی ذریعہ سے معلومات حاصل کرنے کی رضامندی دیتا ہوں۔

\* اگر مالیاتی تعاون کے لیے اہلیت کی 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 Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony 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، اسٹیٹ، 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 کی تعین سے پہلے ہی درخواست دیں گے۔ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony 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 و فکر پر مخالف اثر ڈال سکتی ہے۔

\* میں اس حقیقت کی توثیق کرتا ہوں کہ میں نے، Medicaid، Crime Victims، Health Exchange Insurance 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۔

تاریخ

مریض/ضمانت دار کا دستخط

اس درخواست کو مکمل کرنے کے بعد، اس کو اور تمام معاون دستاویزات کو درج ذیل پتے پر ڈاک کے ذریعہ بھیجیں:

**Patient Business Office**  
**16906 Southwest Freeway**  
**Sugar Land, Texas 77479**  
**Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date