

د مالی مرستی غوښتنلیک

مهرباني وکړئ د خدمتونو لپاره ځای غوره کړئ (مهرباني ټول هغه غوره کړئ چې پلي کيږي)

UVM Medical Center

Porter Medical Center

Central Vermont Medical Center

د کورنی د مشر / مالي تضمین کونکي معلومات

د کورنی مشر

د زیریدو نیټه	ټولنیز خونديتوب شمېره	مدني حالت	د ټلیفون شمېره
پته	ښار	ایالت	زیپ کود

د کورنی غړي

د کورنی ټول غړي ذکر کړئ چې ستاسو په کور کې ژوند کوي په شمول د کورني ملګري. کورنی شریک د هغه کس په معنی دی چې ستاسو سره د ژمنی پر بنسټ اړیکې کې ژوند کوي. په یوه شریک کې د خونې ملګري(ی) شامل نه دی.

نوم	د زیریدو نیټه	ټولنیز خونديتوب شمېره	اړیکه یا خپلوي

اضافي معلومات

ایا تاسو د کومي روغتيايي بیمې پالیسی تر پوښښ لاندې باسټ؟ که چیرې هو، لاندې معلومات ورکړئ:	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
د بیمې شرکت نوم:	د پیژندپانې شمېره:
آیا تاسو د Vermont یا نیویارک Medicaid پوښښ لپاره غوښتنه کړې ده؟	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
آیا تاسو د Vermont یا نیویارک د Health Exchange سره د پوښښ لپاره غوښتنه کړې؟	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه
ایا تاسو په Vermont کې اوسېږئ، کار کوئ یا ښوونځي ته ځئ؟	<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه

مياشتني لګښتونه

مور دا معلومات ستاسو په مالی حالت د ښه پوهیدو لپاره کاروو

کرایه یا کروي	درمل	کرایه یا کروي	درمل
د ملکیت مالیه	روغتيايي بیمه	د ملکیت مالیه	روغتيايي بیمه
لګښتونه (اوبه / برېښنا)	د روغتيايي پاملرنې بلونه	لګښتونه (اوبه / برېښنا)	د روغتيايي پاملرنې بلونه
موټر (د موټر تادیه کول)	بیمه (موټر / ملکیت)	موټر (د موټر تادیه کول)	بیمه (موټر / ملکیت)
د ماشوم پاملرنه	ننډه / د ماشومانو ملاتړ/ننډه	د ماشوم پاملرنه	ننډه / د ماشومانو ملاتړ/ننډه
ژوند (خواره / گاز)	نور	ژوند (خواره / گاز)	نور

## گمارنه

د کورنی مشر / مالي تضمین کوونکی	بنخه / کورنی شریک	کار ورکوونکی یا حلقه که چیری: (منقاع / زده کوونکی / بی روزگاره)
---------------------------------	-------------------	--

### میاشتنی عاید

\$:	\$:	د معاش ناخالص مزد
\$:	\$:	د آزاد کار لرونکی عاید
\$:	\$:	ټولنیز خونديتوب
\$:	\$:	تقاعد / د تقاعد ویش
\$:	\$:	معلولیت (د VA پرته)
\$:	\$:	بیکاري
\$:	\$:	د کرایي عاید
\$:	\$:	د ونډي عاید
\$:	\$:	نور عاید:

### مایع شتمنی

نغدي پیسی / سپماوی / پانگونه

د کورنی مشر / مالي تضمین کوونکی	بنخه / کورنی شریک	
\$:	\$:	چک کول
\$:	\$:	سپما کول
\$:	\$:	CD
\$:	\$:	ستاگونه / دوه اړخیزه پیسی
\$:	\$:	بانډونه
\$:	\$:	کلنی (که چیری مایع وي)
\$:	\$:	د پیسو بازار
\$:	\$:	اعتباري حساب (که چیری مایع وي)
\$:	\$:	نور:

### اضافي ملکیت

(ستاسو لومړنی استوګنځی شامل نه دی)

ارزښت	د گروي پیلانس	
\$:	\$:	رخصتي / دویم کور
\$:	\$:	خمکه
\$:	\$:	د کرایي ملکیت

مهرباني د خپل اوسني مالي وضعیت په اړه کوم بل معلومات چې تاسو غواړئ چې موږ پرې پوه شو شامل کړئ. لکه د بیلونو، کرایه یا خوارو لپاره تادیه کول ستونزمن دي.

په لاندې پاڼه کې غوښتنلیک بشپړ کړئ او لاسلیک یې کړئ

## د سندونو چک لیست

مهرباني خپل بشپړ شوی غوښتنلیک، د ملاتړ سندونو سره یو ځای زموږ د مالي مرستې پروگرامونو ته په هغه روغتون کې واستوئ چې تاسو خپله پاملرنه ترلاسه کوئ. د مرستې لپاره وړتیا د یو لړ معیارونو پر بنسټ ده چې د عاید او شتمنیو ازموینه پکې شامله ده. د خپل غوښتنلیک د پروسس کولو لپاره، مهرباني لاندې ذکر شوي د تطبیق وړ سندونو چمتو کړئ تر څو ستاسو د مالي اړتیا ملاتړ وکړي.

عاید:

- د فدارلي عوایدو وروستی مالیاتي اظهارنامه
- د فدارلي عوایدو وروستی مالیاتي اظهارنامې پر ځای، تاسو کولی شئ لاندې ذکر شوي بدیلونه وسپارئ:
  - گمارل شوی / پخپله گمارل شوی:
  - دوه وروستی، پرله پسې عاید بیانيې (د پیسو تادیه)
  - د گمارونکي لخوا د لیکل شوي عاید تصدیق (که چېرې په نغدو پیسو تادیه شي)
  - د گډوال کارگر د هوکړه لیک لیکلې تاییدي
  - په وړیا ډول د خدمتونو وړاندې کوونکي روغتون (Open-Door Clinic) څخه لیکلې تایید
  - ټولنیز خوندیتوب: د روان کال د گټې تصدیق لیک - یا - د SSA-1099 وروستی بیانيه
  - د تقاعد / تقاعد کولو ویش: د اوسني گټې بیان - یا - خورا وروستي R-1099 بیان
  - بېکاري: د اوسني گټې بیانيه
  - د کرایې عاید: د کال څخه تر نیتې د گټې او زیان بیانيه که چېرې ملکیت په شتمنیو کې شامل نه وي
  - د عامه مرستو سندونو (د بیلگې په توگه، Medicaid، د خورو کوپونونه او نور)

نغدي شتمنی:

- دا اوسنی بیانيه ستاسو د مالي ادارې څخه د لاندې مواردو لپاره ده:
  - چک کول او سپما گاني
  - د امانت سند (CD)
  - سټاکونه / متقابل فنډونه / بانډونه / د پیسو بازار
  - کلنې، که چېرې نغدي وي
  - اجاره یي ملکیت (که چېرې د اجارې عاید ستاسو د فدارلي عاید په مالیاتي اظهارنامه کې په نظر کې نیول شوي نه وي).

## مهرباني وکړئ په دقت سره یې ولولئ

زه د University of Vermont Health Network د ورومونت شریکانو څخه د مالي مرستې غوښتنه کوم. زه تصدیق کوم چې ټول هغه معلومات چې ما چمتو کړي دي دقیق او بشپړ دي. د Vermont پوهنتون روغتیايي شبکه زما اجازه لري چې د اړوندو معلوماتو تصدیق تعقیب کړم او زما د حسابونو، غوښتنلیک او ملاتړ کوونکي سندونو سره د اړونده چمتو کوونکو سره د معلوماتو تبادلې وکړم. هر ډول ناسم، نیمگري یا غلط معلومات چمتو کېدلای شي د مالي مرستې لپاره زما غوښتنلیک لغوه کړي. زه موافق یم چې د بشپړې شوي مالي مرستې جایزه بیرته تادیه کړم که چېرې زه د دي مالي مرستې غوښتنلیک لخوا پوښل شوي طبي خدمتونو لپاره هر ډول تادیه ترلاسه کړم. ټول چمتو شوي معلومات به د HIPAA فدارلي مقرراتو د حکمونو سره سم محرم پاتې شي.

د کورنی د مشر / مالي تضمین کوونکي لاسلیک	نیتیه

مهرباني خپل بشپړ شوی غوښتنلیک لاندې پټي ته واستوئ. مهرباني داو ترلاسه کړئ چې تاسو له خپل غوښتنلیک سره اړین سندونه ضمیمه کړئ.

University of Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
Patient Access Department IDX 22052  
111 Colchester Avenue  
Burlington, VT 05401