



NEW YORK CITY DEPARTMENT OF
HEALTH AND MENTAL HYGIENE
Ashwin Vasani, MD, PhD
Commissioner

23 جنوری، 2024

عزیز مریض،

Ashwin Vasani, MD, PhD
Commissioner

Gotham Center
42-09 28th St.
Long Island City, NY 11101

یہ خط آپ کو یہ اطلاع دینے کے لیے ہے کہ نیو یارک سٹی محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت (NYC محکمہ صحت) آپ سے صحت بیمہ کی معلومات یا (عمر 19 اور اس سے زیادہ عمر) کے بالغوں کو دی جانے والی طبی مخصوص خدمات کی فیس کا مطالبہ کر رہا ہے۔ NYC محکمہ صحت کو Medicaid کے معیارات اور دیگر قانونی تقاضوں کو پورا کرنے کی غرض سے خدمات کے لیے بیمہ یا ادائیگی کا مطالبہ ضرور کرنا چاہیے۔

- اگر آپ کے پاس صحت بیمہ نہیں ہے یا آپ نہیں چاہتے ہیں کہ آپ کے بیمہ کا اس دورے کے لیے بل دیا جائے تو سیکشن A دیکھیں۔
- اگر آپ اس دورے کی ادائیگی کے لیے اپنا صحت بیمہ استعمال کرنا چاہتے ہیں تو سیکشن B دیکھیں۔

اگر آپ کے پاس بیمہ نہیں ہے یا آپ فیس ادا نہیں کر سکتے ہیں، تب بھی آپ خدمات حاصل کر سکتے ہیں۔

بلنگ کی مزید معلومات کے لیے، nyc.gov/health پر ملاحظہ کریں اور کلینک بلنگ کے عمومی سوالنامہ (اکثر پوچھے جانے والے سوالات) تلاش کریں یا 311 پر کال کریں اور "محکمہ صحت کلینک بلنگ" کے بارے میں پوچھیں۔ اگر آپ کے کوئی سوالات ہیں، تو براہ کرم کلینک کے عملے سے پوچھیں۔

مخلص،

Ashwin Vasani, MD, PhD
Commissioner
New York City Department of
Health and Mental Hygiene

A. اگر آپ کے پاس صحت بیمہ نہیں ہے یا آپ اپنے بیمہ کا بل نہیں چاہتے ہیں:

براہ کرم سلائیڈنگ اسکیل استعمال کریں۔

1. "خاندان کی تعداد" کالم میں، آپ سمیت آپ کے گھر میں رہنے والے خاندان کے اراکین کی تعداد تلاش کریں۔
2. شروع سے آخر تک پڑھیں اور اپنی سالانہ آمدنی کی نشاندہی کریں۔ آپ سے خاندانی سائز یا سالانہ آمدنی کا ثبوت نہیں پوچھا جائے گا۔
3. اس کالم کے نیچے کی طرف دیکھیں کہ آپ پر کتنا واجب الادا ہے۔
4. **NYC محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت** کو قابل ادائیگی چیک یا منی آرڈر (نقدی نہیں) مکمل کریں۔
5. چیک یا منی آرڈر پر مریض کا پورا نام، دورے کی تاریخ، اور مریض کا الیکٹرانک طبی ریکارڈ شناخت (**electronic medical record identification, EMR ID**) نمبر (اس خط کے آگے لیبل پر پایا جاتا ہے) شامل کریں۔ ادائیگی بھیجنے کا پتہ ذیل میں ہے۔

ہدایات

مرحلہ 1	مرحلہ 2	مرحلہ 3
اپنے خاندان کی سائز معلوم کریں (آپ کے ساتھ رہنے والے تمام بالغ اور بچے شامل ہوں)۔	درج کردہ کالموں (بائیں سے دائیں) میں ایک سال میں آپ کو ادا کی جانے والی رقم معلوم کریں۔	یہ جاننے کے لیے کہ آپ سے آپ کے کلینک کے دوروں کے لیے کتنی رقم ادا کرنے کو کہا جائے گا، چارٹ کے نیچے کالموں کی پیروی کریں۔

تدریجی پیمانہ

سالانہ آمدنی						خاندان کی تعداد
\$36,451 سے زیادہ	\$29,161 سے \$36,450	\$21,871 سے \$29,160	\$18,226 سے \$21,870	\$14,581 سے \$18,225	\$14,580 سے کم	1
\$39,301 سے زیادہ	\$39,441 سے \$49,300	\$29,581 سے \$39,440	\$24,651 سے \$29,580	\$19,721 سے \$24,650	\$19,720 سے کم	2
\$62,151 سے زیادہ	\$49,271 سے \$62,150	\$37,291 سے \$49,720	\$31,076 سے \$37,290	\$24,861 سے \$31,075	\$24,860 سے کم	3
\$75,001 سے زیادہ	\$60,001 سے \$75,000	\$45,001 سے \$60,000	\$37,501 سے \$45,000	\$30,001 سے \$37,500	\$30,000 سے کم	4
\$87,851 سے زیادہ	\$70,281 سے \$87,850	\$52,711 سے \$70,280	\$43,926 سے \$52,710	\$35,141 سے \$43,925	\$35,140 سے کم	5
\$105,421 سے زیادہ	\$80,561 سے \$105,420	\$60,421 سے \$80,560	\$50,351 سے \$60,420	\$40,281 سے \$50,350	\$40,200 سے کم	6
\$113,551 سے زیادہ	\$90,841 سے \$113,550	\$68,131 سے \$90,840	\$56,776 سے \$68,130	\$45,421 سے \$56,775	\$45,420 سے کم	7
\$40	\$30	\$20	\$3	\$2	\$0	فیس

فیس اسکیل کی مثالیں:

- ایک فرد (ایک کے خاندان کا دائرہ) جس کی سالانہ آمدنی \$19,000 ہے وہ \$3 کی فیس ادا کرے گا۔
- تین بچوں، شریک حیات اور والدین کے ساتھ رہنے والا شخص (چھ خاندان کا دائرہ) جس کی سالانہ آمدنی \$60,421 ہے \$20 کی فیس ادا کرے گا۔

B. دورے کی ادائیگی کے لیے اپنے صحت بیمہ کا استعمال کریں:

اگر آپ آج اپنا بیمہ کارڈ نہیں لائے ہیں، تو براہ کرم اس صفحہ کے ذیل میں پُر کریں اور اسے نیچے بھیجے گئے میلنگ ڈاک کے پتے پر جمع کرائیں۔

اگر آپ نے اپنی بیمہ کی معلومات کلینک میں دی ہیں یا اسے بذریعہ ڈاک جمع کروا رہے ہیں، تو آپ یا پالیسی ہولڈر آپ کے بیمہ فراہم کنندہ سے مراعت کی وضاحت (Explanation of Benefits, EOB) وصول کر سکتے ہیں۔ EOB آپ کو موصول ہونے والی خدمات کی فہرست دے گا اور دکھائے گا کہ آیا کوئی معاون ادائیگی کی ضرورت ہے۔ اگر آپ پر رقم واجب الادا ہے، تو براہ کرم درج ذیل پتے پر NYC محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت کو قابل ادائیگی چیک یا منی آرڈر (نقدی نہیں) میل کریں۔ چیک یا منی آرڈر میں مریض کا پورا نام، دورے کی تاریخ اور مریض کا EMR ID نمبر (اس خط کے سامنے والے لیبل پر پایا جاتا ہے) شامل ہونا چاہیے۔

ڈاک کا پتہ:

NYC Department of Health and Mental Hygiene
Attn: Division of Finance
42-09 28th St., CN48
Long Island City, NY 11101

براہ کرم میرے دورے کے لیے درج ذیل صحت بیمہ کا بل دیں:

صحت بیمہ کا نام (مطلوب ہے): _____

صحت بیمہ کا پتہ: _____

صحت بیمہ کا ٹیلی فون نمبر: _____

بیمہ کی ID (مطلوب ہے): _____ گروپ نمبر: _____

اگر بیمہ کوریج شریک حیات، والدین یا دیگر کے ذریعے ہے:

پالیسی ہولڈر کا نام: _____ پالیسی ہولڈر کی تاریخ پیدائش: _____

بیمہ شدہ سے تعلق (اگر مریض یا خود نہیں ہیں): شریک حیات والدین دیگر

دستخط: _____ تاریخ: _____