|  |  |
| --- | --- |
| ***نارتھ کیرولینا انفینٹ-ٹوڈلر پروگرام*** |  |

***انشورنس انفارمیشن ورک شیٹ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***سروس فراہم کنندہ انشورنس کی معلومات کی تصدیق کے لیے ذمہ دار ہے۔ اس فارم پر موجود معلومات ادائیگی کی ضمانت نہیں ہے۔*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **بچوں کی معلومات:** | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | *ITP SFS %‎* | | | | *ماہانہ زیادہ سے زیادہ کیپ* | | | | | | *مکمل ہونے کی تاریخ* | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| *بچے کا پہلا نام* | | | | | | | | | | *درمیانی/ لاحقہ* | | | *بچے کا آخری نام* | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| *پتہ* | | | | | | | | | | *شہر* | | | | | | *ریاست* | | | *زپ کوڈ* | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | *جنس:* مرد خاتون | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| *تاریخ پیدائش:* | | | | | |  | | | | | | | | | | *گھر کا ٹیلی فون:* | | | | | | | | | | | *دیگر ٹیلی فون رابطہ:* | | | | | | |
| 1. **انشورنس کی معلومات** **:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **میڈیکیڈ #** : | | |  | | | | | | | | | | | | | | اگر کیرولینا ACCESS ہے تو، بنیادی نگہداشت کے معالج کی فہرست دیں: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اہلیت کی تاریخ: | | |  | | | | میعاد ختم ہونے کی تاریخ: | | | | | | |  | | | | | | | بنیادی   دوسری پالیسی عمل میں ہے (نیچے ملاحظہ کریں) | | | | | | | | | | | | |
| **بنیادی پالیسی** : | | | | | انفرادی گروپ HMO/PPO ملٹری انشورنس | | | | | | | | | | | | | **ثانوی پالیسی** : | | | | | | | انفرادی گروپ HMO/PPO ملٹری انشورنس | | | | | | | | |
| انشورنس کا نام: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | انشورنس کا نام: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| آجر/گروپ: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | آجر/گروپ: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| پالیسی#/ Ins. ID#: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | پالیسی #/ Ins. ID#: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| گروپ ID #: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | گروپ ID #: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| مؤثر تاریخ: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | مؤثر تاریخ: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| دعوے سے متعلق فون نمبر: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | دعوے سے متعلق فون نمبر: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| دعوے سے متعلق پتہ: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | دعوے سے متعلق پتہ: | | | | | | |  | | | | | | | | |
| شہر: |  | | | | | | | ریاست: | | | | زپ: | | | | | | شہر: | |  | | | | | | | | ریاست: | | | زپ: | | |
| سبسکرائبر کا نام: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | سبسکرائبر کا نام: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| کلائنٹ سے سبسکرائبر کا رشتہ: | | | |  | | | | | | | سبسکرائبرکی تاریخ پیدائش: | | | | | | | کلائنٹ سے سبسکرائبر کا رشتہ: | | | | | |  | | | | | | سبسکرائبرکی تاریخ پیدائش: | | | |
| سبسکرائبر ضامن ہے: | | | | ہاں  نہیں | | | | | | | جنس:  مرد خاتون | | | | | | | سبسکرائبر ضامن ہے: | | | | | | ہاں  نہیں | | | | | | جنس:  مرد خاتون | | | |
| سبسکرائبر کا پتہ: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | سبسکرائبر کا پتہ: | | | | | |  | | | | | | | | | |
| پرائمری پالیسی کے ساتھ منسلک ہیلتھ ری ایمبرسمنٹ اکاؤنٹ۔ | | | | | | | | | | | | | | | | | | پرائمری پالیسی کے ساتھ منسلک ہیلتھ ری ایمبرسمنٹ اکاؤنٹ۔ | | | | | | | | | | | | | | | |
| صحت کے اخراجات کا اکاؤنٹ پرائمری سے منسلک ہے۔  **(آٹو ڈرافٹ کو غیر فعال کرنے کو یقینی بنائیں!)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | صحت کے اخراجات کا اکاؤنٹ پرائمری سے منسلک ہے۔  **(آٹو ڈرافٹ کو غیر فعال کرنے کو یقینی بنائیں!)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نیٹ ورک کے اندر فوائد** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **نیٹ ورک کے اندر فوائد** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **لائف ٹائم کیپ:** | | ہاں  نہیں | | | | | | | **لائف ٹائم کیپ کی رقم** | | | | | |  | | | **لائف ٹائم کیپ:** | | | | | ہاں  نہیں | | | | | | **لائف ٹائم کیپ کی رقم** | | | |  |
| مشترکہ انشورنس: | |  | | | | | | | ضمنی ادائیگی: | | | | | |  | | | مشترکہ انشورنس: | | | | |  | | | | | |  | | | |  |
| قابل کٹوتی: | |  | | | | | | | رقم مکمل کر دی گئی: | | | | | |  | | | قابل کٹوتی: | | | | |  | | | | | | رقم مکمل کر دی گئی: | | | |  |
| **نیٹ ورک سے باہر کے فوائد** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **نیٹ ورک سے باہر کے فوائد** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **لائف ٹائم کیپ:** | | ہاں  نہیں | | | | | | | **لائف ٹائم کیپ کی رقم** | | | | | |  | | | **لائف ٹائم کیپ:** | | | | | ہاں  نہیں | | | | | | **لائف ٹائم کیپ کی رقم** | | | |  |
| مشترکہ انشورنس: | |  | | | | | | | ضمنی ادائیگی: | | | | | |  | | | مشترکہ انشورنس: | | | | |  | | | | | | ضمنی ادائیگی: | | | |  |
| قابل کٹوتی: | |  | | | | | | | رقم مکمل کر دی گئی: | | | | | |  | | | قابل کٹوتی: | | | | |  | | | | | | رقم مکمل کر دی گئی: | | | |  |
| **کیا جائزے کے لیے پیشگی اجازت درکار ہے؟** ہاں  نہیں | | | | | | | | | | | | | | | | | | **کیا جائزے کے لیے پیشگی اجازت درکار ہے؟** ہاں  نہیں | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***براہ کرم درج ذیل سروسز کے فوائد کی فہرست بنائیں:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***براہ کرم درج ذیل سروسز کے فوائد کی فہرست بنائیں:*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| جائزے: | | | | | | | | | | | | | | | | | | جائزے: | | | | | | | | | | | | | | | |
| پیشہ ورانہ تھراپی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | پیشہ ورانہ تھراپی: | | | | | | | | | | | | | | | |
| جسمانی تھراپی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | جسمانی تھراپی: | | | | | | | | | | | | | | | |
| گویائی تھراپی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | گویائی تھراپی: | | | | | | | | | | | | | | | |
| دیگر سروسز: | | | | | | | | | | | | | | | | | | دیگر سروسز: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **کیا خصوصی تھراپی کے لیے پیشگی اجازت درکار ہے؟**  ہاں  نہیں | | | | | | | | | | | | | | | | | | **کیا خصوصی تھراپی کے لیے پیشگی اجازت درکار ہے؟**  ہاں  نہیں | | | | | | | | | | | | | | | |