

اخراجات کی واپسی کی درخواست

(Application For Reimbursement)

لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام (Living Donor Support Program)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Organ Donation and Transplant

اخراجات کی واپسی کی درخواست کرتے وقت ہر بار اس فارم کو پُر کریں اور درخواست کردہ واپسی کی اقسام کے لیے قابل اطلاق فارمز منسلک کریں۔

لونگ ڈونر کا پہلا نام	آخری نام	تاریخ پیدائش

ٹرانسپلانٹ سینٹر:

درخواست دہندہ نمبر (اہلیت کی منظوری کے وقت دیا گیا):

یہ واپسی کی درخواست لونگ ڈونیشن کے عمل کے کس مرحلے کے لیے ہے؟ (اگر آپ کی درخواست پر لاگو ہو تو

ایک سے زیادہ مراحل منتخب کریں)

جانچ پڑتال/سرجری سے پہلے

سرجری/بحالی

سرجری کی تاریخ: _____

فالو اپ

اپائنٹمنٹس کی تاریخ (تواریخ) (ماہ/دن/سال): _____

اس مرحلے میں واپسی کے لیے درخواست دیتے وقت براہ مہربانی اپنی جانچ پڑتال (Evaluation) کے نتائج کی

نشاندہی کریں (اگر معلوم ہو):

ٹرانسپلانٹ سینٹر نے مجھے سرجری پر پیش رفت کرنے کی منظوری دی

ٹرانسپلانٹ سینٹر نے مجھے سرجری پر پیش رفت کرنے کی منظوری نہیں دی

دیگر، براہ مہربانی وضاحت کریں: _____

براہ مہربانی ہمیں اپنے اخراجات کے بارے میں بتائیں۔ مکمل جائزے کو پُر کرنے کے لیے اس درخواست کے ساتھ تفصیلی رسیدیں اور آپ کے ٹرانسپلانٹ سینٹر سے اپائنٹمنٹ (اپائنٹمنٹس) کی تصدیق درکار ہے۔

اس کلیم میں آپ کن اخراجات کی واپسی چاہتے ہیں؟ (جو لاگو ہوں ان سب پر نشان لگائیں)

زیر کفالت افراد کی دیکھ بھال کے اخراجات کی واپسی

غیر واپسی شدہ طبی دیکھ بھال اور/یا ادویات

ذاتی سفر/ربائش کے اخراجات کی واپسی

معاون فرد کے اخراجات کی واپسی

براہ مہربانی واپسی کی ان اقسام کے سیکشنز کو چھوڑ دیں جو ان اخراجات پر لاگو نہیں ہوتے جن کی آپ اس وقت درخواست کر رہے ہیں۔

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

بچوں کی دیکھ بھال

لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام (Living Donor Support Program) بچوں کی دیکھ بھال کے ان اخراجات کی واپسی کرتا ہے جو لونگ ڈونر کو اپنے بچے (بچوں) کی دیکھ بھال کے لیے کسی کو ادائیگی کرنے کی وجہ سے اٹھانا پڑتے ہیں، جو عام طور پر لونگ ڈونر خود فراہم کرتا ہے لیکن لونگ ڈونیشن کے عمل کی وجہ سے وہ دیکھ بھال خود فراہم کرنے سے قاصر ہے۔ لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام دوسروں کی طرف سے فراہم کردہ بچوں کی دیکھ بھال کے ان اخراجات کی واپسی نہیں کرتا جو لونگ ڈونیشن کے عمل کے آغاز سے پہلے سے موجود تھے۔ معذور بچے، زیر کفالت بالغ اور بزرگوں کی دیکھ بھال کا ایک مخصوص فارم ہے کیونکہ ان کے نرخ اور واپسی مختلف ہوتی ہے۔ براہ مہربانی یقینی بنائیں کہ آپ مناسب فارم منتخب کریں۔

نیو یارک اسٹیٹ-لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام بچوں کی دیکھ بھال کے اخراجات کی واپسی کا فارم

تاریخ پیدائش	دیکھ بھال وصول کرنے والے فرد (افراد) کا نام
فرابم کنندہ کا بچے (بچوں) سے تعلق	زیر کفالت افراد کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے (والوں) کا نام

لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام نے بچوں کی دیکھ بھال کے لیے واپسی کے زیادہ سے زیادہ نرخ مقرر کیے ہیں۔ ایک سے زیادہ بچوں کے لیے فراہم کردہ دیکھ بھال کے لیے واپسی اس شرح پر ہو گی جو "2 سال سے کم عمر کے زمرے" (Under 2 category) کے برابر ہے۔

براہ مہربانی تاریخ (ماہ/دن/سال) اور ان گھنٹوں کی تعداد بتائیں جن میں اس دن بچوں کی دیکھ بھال فراہم کی گئی تھی:

اتوار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

توار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:

نیچے دیے گئے بیانات کو پڑھنے کے بعد براہ مہربانی اپنے نامزد کردہ حصے پر دستخط کریں اور تاریخ لکھیں

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرا کم از کم ایک زیر کفالت بچہ ہے جو دیکھ بھال کے لیے مجھ پر انحصار کرتا ہے، اور لونگ ڈونیشن کے عمل کی وجہ سے مجھے بچوں کی دیکھ بھال کے لیے ادائیگی کرنی پڑی ہے جو میں عام طور پر ادا نہیں کرتا/کرتی۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام صرف اضافی دیکھ بھال کی ادائیگی کرے گا جس کی میرے زیر کفالت افراد کو لونگ ڈونر کے عمل کے تقاضوں کی وجہ سے دوسروں سے ضرورت تھی، نہ کہ مثال کے طور پر وہ دیکھ بھال جو وہ پہلے سے حاصل کر رہے ہیں جب میں عام طور پر کام پر ہوتا/ہوتی ہوں۔

لونگ ڈونر کے دستخط: _____ تاریخ: _____

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس فارم پر فراہم کردہ معلومات درست ہیں اور یہ کہ ریکارڈ کی گئی تاریخوں اور گھنٹوں کے لیے بچوں کی دیکھ بھال میں نے خود کی تھی۔

فراہم کنندہ کے دستخط: _____ تاریخ: _____

تصدیق

میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا بیان منصفانہ، سچا اور درست ہے، اور یہ کہ دعویٰ کردہ رقوم ضروری تھیں اور لونگ ڈونیشن کے عمل کے دوران خرچ ہوئیں۔

تاریخ:

دستخط:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

زیر کفالت افراد کی دیکھ بھال (معذور بچے، زیر کفالت بالغ، بزرگوں کی دیکھ بھال)

لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام زیر کفالت افراد کی دیکھ بھال کے ان اخراجات کی واپسی کر سکتا ہے جو عام طور پر لونگ ڈونر انجام دیتا ہے اور جو اب بھی درکار ہیں لیکن لونگ ڈونیشن کے عمل کی وجہ سے لونگ ڈونر انجام نہیں دے سکتا۔ اس میں پہلے سے موجود زیر کفالت افراد کی دیکھ بھال شامل نہیں ہے۔ بچوں کی دیکھ بھال کا ایک مخصوص فارم ہے کیونکہ ان کے نرخ اور واپسی مختلف ہوتی ہے۔ براہ مہربانی یقینی بنائیں کہ آپ مناسب فارم منتخب کریں۔

نیو یارک اسٹیٹ-لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام**معذور بچے، زیر کفالت بالغ، بزرگوں کی دیکھ بھال کے اخراجات کی واپسی کا فارم**

تاریخ پیدائش	دیکھ بھال وصول کرنے والے فرد (افراد) کا نام
زیر کفالت افراد کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے (والوں) کا نام	فراہم کنندہ کا بچے (بچوں) سے تعلق

لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام نے معذور بچے، زیر کفالت بالغ، اور/یا بزرگوں کی دیکھ بھال کے لیے واپسی کے زیادہ سے زیادہ نرخ مقرر کیے ہیں۔

براہ مہربانی تاریخ (ماہ/دن/سال) اور ان گھنٹوں کی تعداد بتائیں جن میں اس دن زیر کفالت بالغ/بزرگ کی دیکھ بھال فراہم کی گئی تھی:

اتوار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

توار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:
گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:	گھنٹوں کی تعداد:

اگر معذور بچے یا زیر کفالت بالغ کے لیے دیکھ بھال کی واپسی کے لیے درخواست دے رہے ہیں تو ایسی تشخیص اور دستاویزات بنانے کے لیے مناسب اسناد کے حامل فراہم کنندہ کی طرف سے کوالیفائنگ تشخیص کی دستاویزات شامل کریں۔

نیچے دیے گئے بیانات کو پڑھنے کے بعد براہ مہربانی اپنے نامزد کردہ حصے پر دستخط کریں اور تاریخ لکھیں

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرا کم از کم ایک زیر کفالت بالغ یا بزرگ ہے جو دیکھ بھال کے لیے مجھ پر انحصار کرتا ہے، اور لونگ ڈونیشن کے عمل کی وجہ سے مجھے دیکھ بھال کے لیے ادائیگی کرنی پڑی ہے جو میں عام طور پر ادا نہیں کرتا/کرتی۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام کسی ایسی دیکھ بھال کی ادائیگی نہیں کرے گا جو میرے زیر کفالت افراد پہلے سے حاصل کر رہے ہیں، جیسے کہ وہ دیکھ بھال جب میں عام طور پر کام پر ہوتا/ہوتی ہوں۔

لونگ ڈونر کے دستخط: _____ تاریخ: _____

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس فارم پر فراہم کردہ معلومات درست ہیں اور یہ کہ ریکارڈ کی گئی تاریخوں اور گھنٹوں کے لیے زیر کفالت بالغ/بزرگ کی دیکھ بھال میں نے خود کی تھی۔

فراہم کنندہ کے دستخط: _____ تاریخ: _____

تصدیق

میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا بیان منصفانہ، سچا اور درست ہے، اور یہ کہ دعویٰ کردہ رقوم ضروری تھیں اور لونگ ڈونیشن کے عمل کے دوران خرچ ہوئیں۔

تاریخ:

دستخط:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

لونگ ڈونر کے سفری اخراجات (ربائش، نقل و حمل، کھانے)

سفری اخراجات کے لیے مناسب واپسی کا تعین کرنے میں یو ایس جنرل سروسز ایڈمنسٹریشن (U.S. General Services Administration, GSA) کے ریٹس استعمال کیے جاتے ہیں۔ واپسی اس علاقے اور سال کے GSA ریٹ کے مطابق فراہم کی جائے گی جس میں اعضاء کا عطیہ ہوتا ہے۔ براہ مہربانی نوٹ کریں کہ GSA ریٹ زیادہ سے زیادہ وہ رقم ہے جو پروگرام واپس کر سکتا ہے، لیکن جب رسیدیں GSA ریٹ سے کم لاگت ظاہر کرتی ہیں تو ڈونر کو اسی رقم کی واپسی کی جائے گی۔ ربائش، کھانے اور نقل و حمل کے لیے مخصوص سیکشنز موجود ہیں۔ موجودہ GSA ریٹس www.gsa.gov/travel پر دیکھے جا سکتے ہیں۔ سفر کے ان شعبوں کو پُر کریں جن کے لیے آپ واپسی کی درخواست کر رہے ہیں۔ ہر سیکشن ان اضافی رسیدوں کے بارے میں رہنمائی فراہم کرے گا جنہیں منسلک کرنے کی ضرورت ہوگی۔

ربائش

براہ مہربانی نیچے ان تاریخ (تواریخ) اور لونگ ڈونر کے عمل کے مرحلے (مراحل) کی نشاندہی کریں جن کے لیے آپ رات بھر ربائش کے اخراجات کی واپسی چاہتے ہیں۔ ربائش کے اخراجات سے متعلق تمام رسیدیں منسلک کریں
*نوٹ: ربائش کے اخراجات کی واپسی کا اہل ہونے کے لیے لونگ ڈونر کا ٹرانسپلانٹ سینٹر سے 75 میل (ایک طرف) کے فاصلے پر رہنا ضروری ہے جیسا کہ پروگرام کے ذریعے تعین کیا گیا ہے۔

بوٹل	جانچ	سرجری اور بحالی	فالو اپ
	تا	تا	تا
	تا	تا	تا
	تا	تا	تا

کھانے

براہ مہربانی نیچے ان تاریخ (تواریخ) اور لونگ ڈونر کے عمل کے مرحلے (مراحل) کی نشاندہی کریں جن کے لیے آپ کھانے کے اخراجات کی واپسی چاہتے ہیں۔ پروگرام کی پالیسی کے مطابق، کھانوں کی رقم کی واپسی صرف تب کی جا سکتی ہے جب لونگ ڈونر کے لیے ربائش کی ضرورت ہو۔ کھانے کی رسیدیں درکار نہیں ہوں گی۔

کھانے	جانچ	سرجری اور بحالی	فالو اپ
	تا	تا	تا
	تا	تا	تا
	تا	تا	تا

نقل و حمل

اس سیکشن کو مکمل کرتے وقت، روانگی اور منزل کے مقام کے تحت، براہ مہربانی مقام کی تفصیل اور پتہ بھی درج کریں۔ تفصیل ایک بوٹل، گھر، ٹرانسپلانٹ سینٹر وغیرہ ہو سکتی ہے۔ ہر سفر کے لیے مکمل کریں (راؤنڈ ٹرپ شامل نہ کریں)۔ نیچے مثال دیکھیں۔ براہ مہربانی ٹکٹس، رسیدیں، یا سفر کے ثبوت منسلک کریں۔

تاریخ	نقل و حمل کا طریقہ	میل	روانگی کا مقام	منزل کا مقام
مثال 01/01/2025	ذاتی کار	150	گھر 75 Something St Anywhere, NY 12345	ٹرانسپلانٹ سینٹر Transplant Center St New York, NY 12345

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

معاون فرد کے سفری اخراجات

نیو یارک اسٹیٹ-لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام ٹرانسپلانٹ سینٹر کے فی دورہ ایک وقت میں ایک معاون فرد کے لیے ادائیگی کر سکتا ہے۔ معاون فرد کو لونگ ڈونیشن کے عمل کے تمام مراحل میں مجموعی طور پر 20 دنوں تک \$100 کے فلیٹ یومیہ ریٹ پر واپسی کی جاتی ہے۔

معاون فرد کی معلومات

معاون فرد کا پہلا نام	آخری نام	ڈونر سے تعلق

براہ مہربانی بتائیں کہ آپ کے معاون فرد نے کتنے دن آپ کا ساتھ دیا اور وہ تاریخیں جب انہوں نے معاونت فراہم کی۔

معاونت کے دنوں کی تعداد: _____ تاریخ (تواریخ): _____ تا _____

نیچے دیے گئے بیانات کو پڑھنے کے بعد براہ مہربانی اپنے نامزد کردہ حصے پر دستخط کریں اور تاریخ لکھیں

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ شناخت شدہ معاون فرد نے فراہم کردہ تاریخوں کے لیے جسمانی طور پر ٹرانسپلانٹ سینٹر تک میرا ساتھ دیا۔

لونگ ڈونر کے دستخط:	تاریخ:
میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے ٹرانسپلانٹ سینٹر تک جسمانی طور پر لونگ ڈونر کا ساتھ دیا اور فراہم کردہ تاریخوں کے لیے ذاتی اخراجات برداشت کیے۔	
معاون فرد کے دستخط:	تاریخ:

تصدیق

میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا بیان منصفانہ، سچا اور درست ہے، اور یہ کہ دعویٰ کردہ رقوم ضروری تھیں اور لونگ ڈونیشن کے عمل کے دوران خرچ ہوئیں۔

دستخط:	تاریخ:
--------	--------

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

Application #:

Applicant #:

اجرت کی واپسی

اجرت کی واپسی کے لیے درخواست دینے کے لیے، آپ کو پہلے سے تنخواہ کی مطلوبہ رسیدیں، W-2/1099 اور آجر کی تصدیق کا فارم جمع کرانا ہو گا۔ آپ کو لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام میں کوئی بھی درخواست دینے سے پہلے اپنے لیے دستیاب تھرڈ پارٹی ادائیگی کنندگان (third-party payors) کو استعمال کرنا ہوگا۔ کچھ مثالوں میں مختصر مدت کی معذوری یا آجر کا ایسا پروگرام شامل ہے جو آپ کی معمول کی جمع شدہ چھٹیوں کے علاوہ چھٹی کی پیشکش کرتا ہے۔ لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام مجموعی طور پر 4 ہفتوں تک کی ضائع شدہ اجرت کی واپسی کر سکتا ہے، سوائے اس کے کہ آپ کے میڈیکل پرووائیڈر کی طرف سے خصوصی حالات کا تعین کیا گیا ہو، جیسے کہ ڈونر کا جسمانی طور پر مشقت والی ملازمت کرنا۔ خصوصی حالات دستاویزی شکل میں ہونے کی صورت میں، پروگرام لونگ ڈونر کی ضائع شدہ اجرت کی مجموعی طور پر 8 ہفتوں تک واپسی کر سکتا ہے۔ براہ مہربانی میڈیکل پرووائیڈر کی دستاویزات منسلک کریں جو یہ ظاہر کرتی ہوں کہ کن خصوصی حالات کی وجہ سے 4 ہفتوں سے زیادہ کام سے باہر رہنے کی ضرورت ہے۔ پروگرام کی پالیسی ضائع شدہ اجرت کی واپسی کو جانچ پڑتال کے مرحلے کے لیے 2 دن تک، اور فالو اپ مرحلے کے دوران ہر دفتری دورے کے لیے 1 دن کی ضائع شدہ اجرت تک محدود کرتی ہے۔

**نیو یارک اسٹیٹ-لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام
اجرت کی واپسی کا فارم**

براہ مہربانی بتائیں کہ آپ کے لیے کون سے تھرڈ پارٹی ادائیگی کنندگان دستیاب ہیں۔ یہ آجر کی مراعات، وصول کنندہ کی انشورنس یا دیگر ذرائع سے ہو سکتا ہے:

کیا آپ نے ان ذرائع سے واپسی کی کوشش کی ہے؟

کیا آپ نے ان ذرائع سے واپسی حاصل کی ہے؟

اگر ایسا ہے، تو براہ مہربانی بتائیں کہ آپ نے کس چیز کے لیے رقم کی واپسی حاصل کی ہے، اور کتنی رقم موصول ہوئی ہے؟

*تھرڈ پارٹی ادائیگی کنندگان کو استعمال کرتے وقت براہ مہربانی اس واپسی کی درخواست کے ساتھ دستاویزات منسلک کریں۔ دستاویزات میں رقم کی واپسی کی مد میں ادائیگی کنندہ کے ذریعے کی واضح تفصیل اور ثبوت شامل ہونا چاہیے۔ اگر فراہم کردہ معلومات واضح نہیں ہیں تو پروگرام مزید دستاویزات طلب کر سکتا ہے، جس سے لونگ ڈونر سپورٹ پروگرام کی واپسی کے انتظار کا وقت ممکنہ طور پر بڑھ سکتا ہے۔

کام سے دوری کا وقت

1. آپ کتنے عرصے سے کام سے دور ہیں؟

2. آپ کتنے عرصے تک کام سے دور رہنے کی توقع کرتے ہیں؟

3. کیا آپ کے پاس ایسی دستاویزات ہیں کہ آپ کی ملازمت خصوصی حالات کی تعریف کی بنیاد پر 8

ہفتوں تک اجرت کی واپسی کے لیے اہل ہے؟

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

براه مہربانی تمام تاریخیں (ماہ/دن/سال) اور کام کے گھنٹے بتائیں جن کی آپ واپسی چاہتے ہیں:

اتوار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:
تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:
تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:
تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:	تاریخ: گھنٹوں کی تعداد:

اس درخواست کے لیے کل گھنٹے: _____

تصدیق

میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا بیان منصفانہ، سچا اور درست ہے، اور یہ کہ دعویٰ کردہ رقوم ضروری تھیں اور لونگ ڈونیشن کے عمل کے دوران خرچ ہوئیں۔

دستخط:

تاریخ:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date:

OFFICE USE ONLY

Application #:

Applicant #:

طبی اخراجات

اس سیکشن کو پُر کرنے کے ساتھ بیلٹھ انشورنس یا تھرڈ پارٹی ادائیگی کنندگان کی طرف سے کور نہ کیے گئے طبی اخراجات کے لیے رسیدیں/انکار نامے (denials) منسلک کرنے کی ضرورت ہو گی۔

کلیم کی جانے والی رقم

اعضاء کے عطیہ سے براہ راست متعلقہ طبی اخراجات

اعضاء کے عطیہ کے لیے غیر ادا شدہ/غیر واپسی شدہ نسخے کی ادویات (بشمول اوور دی کاؤنٹر تجویز کردہ ادویات)

دیگر غیر ادا شدہ/غیر واپسی شدہ طبی لاگت (براه مہربانی ذیل میں غیر ادا شدہ/غیر واپسی شدہ طبی لاگت کی تفصیلات فراہم کریں)

ادویات اور طبی اخراجات کی کل لاگت کا کلیم:

تصدیق

میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا حساب اور منسلک گوشوارے منصفانہ، سچے اور درست ہیں، یہ کہ اس کا کوئی حصہ ادا نہیں کیا گیا ہے، سوائے اس کے جو اس میں بیان کیا گیا ہے، اور یہ کہ اس میں بیان کردہ بیلنس درحقیقت واجب الادا ہے، اور یہ کہ دعویٰ کردہ رقوم ضروری تھیں اور میرے سرکاری فرائض کی انجام دہی میں خرچ ہوئیں۔

تاریخ:

دستخط:

FOR AGENCY USE ONLY

Expense Report Number:

Travel Authorization Code:

Entered by:

Date: