

تاریخ _____ ESIT فراہم کنندہ ایجنسی _____

FRC/ESIT کے عملے کا نام _____ فون نمبر _____

سیکشن A: شناختی معلومات

بچے کا قانونی نام _____ تاریخ پیدائش _____

والد/والدہ/سرپرست کا نام 1 _____ فون _____

والد/والدہ/سرپرست کا نام 2 _____ فون _____

سیکشن B: تعین استعداد ادائیگی کی غرض و غایت (ایک پر نشان لگائیں)

خاندان نے Apple Health for Kids CHIP، TRICARE یا نجی انشورنس تک رسائی کی اجازت نہیں دی۔

خاندان کے پاس کوئی انشورنس نہیں ہے

خاندان نے تعین استعداد ادائیگی کی درخواست کی ہے۔

خاندان نے TRICARE یا نجی انشورنس تک رسائی کی اجازت دے دی ہے (ایک پر نشان لگائیں)

_____ ایسی تمام خدمات پر کوئی فائدہ نہیں، جو IFSP میں خاندانی مصارف میں شراکت داری (FCP) کے تحت آتی ہیں۔

_____ ایسی تمام خدمات کے لیے باز ادائیگی مسترد کر دی گئی ہے جو IFSP میں FCP کے تحت آتی ہیں۔

_____ فراہم کنندہ نیٹ ورک سے باہر ہے۔

سیکشن ڈی D جائیں۔

سیکشن C: آمدنی اور اخراجات سے متعلقہ معلومات کی فراہمی سے انکار

خاندان نے آمدنی اور اخراجات کی معلومات فراہم کرنے سے انکار کیا ہے، لہذا ان کے خاندان کے حجم کی بنیاد پر انہیں ماہانہ فیس

کے بلند ترین درجے میں شامل کیا جائے گا اور وہ مالی مشکلات کی بنیاد پر استثناء کے لیے اہل نہیں ہیں۔

سیکشن ڈی H جائیں۔

سیکشن D: سالانہ آمدنی

گزشتہ بارہ مہینوں یا پچھلے ٹیکس سال کا آمدنی کا ثبوت فراہم کریں۔ آمدنی کا ثبوت فراہم کرنے کے لیے ایک قسم کی دستاویز درکار ہو گی، اور یہ

ثبوت بچے کی فائل میں محفوظ نہیں رکھا جائے گا۔

سالانہ آمدنی	دستاویز کی قسم (ایک منتخب کریں)	✓
	حالیہ ترین IRS ٹیکس ریٹرن (مجموعی آمدنی)	
	آخری تنخواہ کی رسید (مجموعی آمدنی)	
	حالیہ ترین W2(s) (مجموعی آمدنی)	
	تنخواہ یا اجرت کا تحریری بیان منسلک کیا جائے (جس میں کمپنی یا آجر کا نام، پتہ، فون نمبر، اور سپروائزر یا انسانی وسائل کے عملے کے دستخط شامل لازمی ہوں۔)	
	خاندان کی آمدنی کا تحریری یا زبانی بیان (اگر خاندان مذکورہ بالا دستاویزات تک رسائی حاصل کرنے سے قاصر ہو، تو اس صورت میں یہ اجازت دی جاتی ہے)۔	
	کل مجاز سالانہ آمدنی	

سیکشن E: مجاز سالانہ اخراجات

گزشتہ بارہ مہینوں کے دوران بچے اور/یا دیگر اہل خانہ کے لیے برداشت کردہ غیر باز ادائیگی شدہ اخراجات کی دستاویزات فراہم کی جائیں نیز یہ دستاویزات بچے کی فائل میں محفوظ نہیں رکھی جائیں گی۔

مجاز غیر باز ادائیگی شدہ سالانہ اخراجات کے زمرے	اخراجات کی رقم
طبی، دندان سازی، اور ذہنی صحت سے متعلقہ اخراجات بشمول پریمیز، مشترکہ ادائیگیاں، مشترکہ انشورنس، کٹوتیاں، اور غیر احاطہ شدہ طبی خدمات	
لائسنس یافتہ ہوم ہیلتھ ایجنسی کی جانب سے فراہم کردہ اندرون خانہ طبی نگہداشت	
بچوں کی کفالت/نان نفقہ کی ادائیگیاں	
اخراجات برائے نگہداشت طفل (نوران مشاغل معاش و تعلیم)	
کل مجاز سالانہ اخراجات	

سیکشن F: ترمیم شدہ سالانہ آمدنی، خاندان کا حجم، اور FPL

دستاویز کی قسم (ایک منتخب کریں)	سالانہ آمدنی
1. کل سالانہ آمدنی (جیسا کہ سیکشن D میں درج ہے):	
2. مجاز سالانہ اخراجات (جیسا کہ سیکشن میں درج ہے):	
3. ترمیم شدہ آمدنی (سطر 1 منہا سطر 2):	
4. خاندان کا حجم: بچے کے گھر میں رہائش پذیر تمام اہل خانہ:	
5. ماہانہ فیس کے شیڈول کے مطابق خاندان کا FPL کا تناسب (سطر 3 اور 4):	
کل مجاز سالانہ آمدنی	

سیکشن G: تعین استعداد ادائیگی (ایک پر نشان لگائیں)

اگر سطر 5 میں درج آمدنی خاندان کے حجم کے مطابق وفاقی غربت کی سطح کے 200% سے کم ہو، تو خاندان ادائیگی کی عدم صلاحیت کے معیار پر پورا اُترتا ہے اور تمام خدمات بلا معاوضہ فراہم کی جائیں گی۔

اگر سطر 5 میں درج آمدنی خاندان کے حجم کے مطابق وفاقی غربت کی سطح کے 200% سے زائد ہو، تو خاندان استعداد ادائیگی کے معیار پر پورا اُترتا ہے۔ خاندان کسی بھی مشترکہ ادائیگیوں، مشترکہ انشورنس، کٹوتیوں یا ماہانہ شرکت کی فیس (جو نیچے طے کی گئی ہے) کا ذمہ دار ہے۔ اگر خاندان اب بھی ادائیگی کی استطاعت نہیں رکھتا، تو سیکشن I مکمل کریں: مالی مشکلات کی بنیاد پر استثناء۔

سیکشن H: ماہانہ شرکت کی فیس کی غرض و غایت (ایک پر نشان لگائیں)

- خاندان نے Apple Health for Kids CHIP، TRICARE یا نجی انشورنس تک رسائی کی اجازت نہیں دی۔
- خاندان کے پاس کوئی انشورنس نہیں ہے۔
- خاندان نے TRICARE یا نجی انشورنس تک رسائی کی اجازت دے دی ہے (ایک پر نشان لگائیں)
- _____ ایسی تمام خدمات کے لیے باز ادائیگی مسترد کر دی گئی ہے جو IFSP میں FCP کے تحت آتی ہیں۔
- _____ ایسی تمام خدمات کے لیے باز ادائیگی مسترد کر دی گئی ہے جو IFSP میں FCP کے تحت آتی ہیں۔
- _____ فراہم کنندہ نیٹ ورک سے باہر ہے۔
- فیملی نے آمدنی اور اخراجات کی معلومات فراہم کرنے سے منع کر دیا ہے اور مشقت کی بناء پر مستثنی ہونے کی اہل نہیں ہے

سیکشن I: ماہانہ شرکت کی فیس

ماہانہ شرکت کی فیس خدمات کی اصل لاگت سے زائد نہیں ہو گی، یہ بچے کے IFSP کے تحت تمام خدمات کے لیے یکساں مقررہ فیس ہے جو FCP کے ضوابط کے تابع ہے، اور خدمات میں مندرج بچوں کی تعداد سے قطع نظر زیادہ سے زیادہ قابل وصول رقم یہی ہو گی۔

ترمیم شدہ آمدنی (اوپر بیان کردہ)	
خاندان کا حجم: بچے کے گھر میں رہائش پذیر تمام اہل خانہ	
ماہانہ شرکت کی فیس، ماہانہ فیس کے شیڈول کی بنیاد پر متعین کی گئی ہے	

سیکشن ۱: مالی مشکلات کی بنیاد پر استثناء کی غرض و غایت

خاندان کو استعدادِ ادائیگی کا حامل قرار دیا گیا ہے، تاہم وہ کسی مخصوص صورتِ حال کے باعث اپنے خاندانی مصارف میں شراکت داری کی ذمہ داری پوری کرنے سے قاصر ہیں، **جس میں درج ذیل شامل ہیں مگر ان تک محدود نہیں:** (تمام قابل اطلاق پر نشان لگائیں)

- آمدنی یا اخراجات میں تبدیلی۔
- کوئی نمایاں اور/یا مسلسل طبی خرچ (اخراجات)۔
- روزگار کی حیثیت میں تبدیلی (مثلاً ملازمت کا خاتمہ یا کام کے اوقات میں کمی)۔
- زندگی کا کوئی اہم واقعہ (مثلاً طلاق، تعلقات کا ٹوٹنا، چوٹ، بیماری، یا خاندان میں کسی فرد کا انتقال)۔
- کوئی ہنگامی صورتحال یا قدرتی آفات۔
- کرایہ یا مورگیج کی ادائیگیاں، بشمول ماہانہ اخراجات اور ٹیلیفون کے علاوہ دیگر سہولیات، جو کسی گھرانے کی ماہانہ آمدنی کے 30% سے تجاوز کرتی ہوں۔
- دیگر (براہ کرم وضاحت کریں):

دستخط کر کے، میں بذریعہ ہذا تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ:

- میں اس فارم میں فراہم کردہ معلومات کو درست اور مکمل قرار دیتا/دیتی ہوں۔
- میں اس بات سے متفق ہوں کہ اپنی صورتحال میں ہونے والی کسی بھی تبدیلیوں کی صورت میں اپنے FRC یا ESIT فراہم کنندہ کو مطلع کروں گا/گی۔
- میرے FRC نے مجھے SOPAF کی وضاحت کی ہے اور مجھے SOPAF پالیسی کی ایک نقل فراہم کی ہے۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری تعین استعدادِ ادائیگی اور/یا مالی مشکلات کی بنیاد پر استثناء کا جائزہ سالانہ بنیادوں پر لیا جائے گا، جب تک کہ جائزے کی تاریخ سے قبل میری صورتحال میں کوئی تبدیلی واقع نہ ہو۔

والد/والدہ/سرپرست کے دستخط

_____ تاریخ _____

والد/والدہ/سرپرست کے دستخط

_____ تاریخ _____

دستخط کر کے، میں اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس فارم میں فراہم کردہ، جائزہ شدہ، اور درج کی گئی معلومات میرے بہترین علم کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔

FRC/ESIT کے عملے کے دستخط

_____ تاریخ _____

ESIT یا FRC کے عملے کے دستخط