

کم سن مریضوں کی فیملی کے لئے فنڈ (Young Patients Family Fund (YFFF)) کو دعویٰ کرنے کا فارم (YFFF1): ہسپتال میں داخل نوزائیدہ، بچوں اور 18 سال سے کم عمر کے کم سن مریضوں والے خاندانوں کے لئے سفر، گزارہ اور/یا رہائش کے اخراجات

YFFF اسکاٹ لینڈ کی حکومت کا ایک فنڈ ہے جسے ہسپتال میں داخل 18 سال سے کم عمر کے نوجوان کے لئے ہسپتال آنے جانے کے اخراجات میں والدین/اولین تیماردار اور 18 سال سے کم عمر کے کسی بھی ہمرابی بھائی بہن کی معاونت کرنے کے لئے ڈیزائن کیا گیا ہے۔

کن اخراجات کا دعویٰ کیا جاسکتا ہے؟

- ٹرانسپورٹ - عوامی ٹرانسپورٹ کے اخراجات کی ادائیگی رسید پیش کرنے پر یومیہ واپسی کے ایک سفر تک ہر دعویٰ دار اور 18 سال کی عمر تک کے کسی بھی ہمرابی بھائی بہن کو مکمل طور پر کی جائے گی۔ صرف معیاری کلاس کے سفر پر دوبارہ دعویٰ کیا جا سکتا ہے۔ ٹیکسی کے ذریعہ سفر پر صرف مخصوص حالات، جیسے کہ عوامی ٹرانسپورٹ کی عدم دستیابی یا کسی ملاقات کرنے والے کی طبی صورت حال کے تحت ہی غور کیا جائے گا۔ ٹیکسی کے ذریعہ سفر کو سفر کی شروعات سے پہلے طبی عملہ کے ذریعہ منظور شدہ ہونا چاہئے۔ ایندھن کی لاگت میں امداد کی ادائیگی ہر دعویٰ دار کے لئے، جب وہ ہسپتال کی طرف ایک ہی دن الگ الگ سفر کر رہے ہوں تو یومیہ ایک واپسی سفر بذریعہ کار کے لئے رائج مائیلیج کی شرح فی میل* کے حساب سے کی جائے گی۔ اگر تمام دعویٰ دار ایک ساتھ سفر کرتے ہیں، تو واپسی کے صرف ایک سفر کی لاگت کی واپسی کا دعویٰ کیا جانا چاہئے۔
 - کھانے اور معاش - کھانے اور غیر الکحل مشروبات کے لئے فی اہل ملاقات پر یومیہ £8.50 تک کی شراکت کا دعویٰ کیا جا سکتا ہے۔ کھانا اور معاش ہسپتال کے احاطوں کے باہر خریدے جاسکتے ہیں۔
 - پارکنگ - کار پارکنگ کے مکمل اخراجات کے لئے رسید پیش کرنے پر دوبارہ دعویٰ کیا جاسکتا ہے۔
 - رہائش - کسی ایسے غیر معمولی صورت حال میں جس میں ہسپتال میں رہائش دستیاب نہیں ہو، تو رات بھر کی رہائش کے معقول اخراجات میں شراکت کی ادائیگی کی جائے گی۔
- *ادائیگی کی شرح HMRC فیول ایڈوائزری ریٹ پر مبنی ہے۔ اسے یہاں پایا جا سکتا ہے:
<https://www.gov.uk/government/publications/advisory-fuel-rates>

دعویٰ کرنا

(YFFF1) فارم منسلک ہے، مزید فارمز ہسپتال کے وارڈز، کلینکس اور کیش آفیسز یا بذریعہ ڈاؤن لوڈ دستیاب ہوسکتے ہیں۔ فارم کو کسی دعویٰ دار کے ذریعہ مکمل کیا جانا چاہئے اور فارم پر موجود تفصیل کے مطابق اس پر دستخط اور تصدیق ہونی چاہئے۔ اس میں آپ کے نوزائیدہ، بچہ یا نوجوان کی دیکھ بھال کرنے والے متعلقہ طبی پیشہ ور کی طرف سے تصدیق شامل ہے۔ دعوے انفرادی طور پر کیے جا سکتے ہیں یا ایک فرد واحد فارم کا استعمال کرتے ہوئے تمام اہل ملاقات کرنے والوں کے لئے دعویٰ کر سکتا ہے جیسے کہ ہسپتال میں داخل کسی نوجوان کی ماں خود اپنی طرف سے، والد اور بہن بھائی کی طرف سے دعویٰ پیش کرسکتی ہے۔

دعوے اس وارڈ سے چھٹی ملنے کے بعد جہاں بچہ یا نوجوان شخص جاری علاج حاصل کر رہا ہے، ہسپتال میں بدستور قیام کے دوران بتدریج (مثلاً ہفتہ وار) یا تمام قیام کے لئے مکمل طور پر پیش کیے جاسکتے ہیں۔

دعوے مریض کو ہسپتال سے چھٹی ملنے کے تین مہینوں کے اندر اندر پیش کیے جانے چاہئے۔ انتہائی غیر معمولی حالات کے علاوہ اس وقت کے بعد کے دعووں کی ادائیگی پر غور نہیں کیا جائے گا۔

فارمز کے مکمل ہونے پر انہیں ادائیگی کے لئے تیمارداری کے ہسپتال میں کیش آفس میں سونپا جانا چاہئے۔



<https://www.mygov.scot/young-patients-family-fund-terms-conditions>

پر دیکھا جاسکتا ہے

YPFF دعوی فارم (1)

سیشن 1: ذاتی تفصیلات: دعوی کرنے والے (یا اس کی طرف سے) کے ذریعہ مکمل کئے جانے کے لئے

مریض کا نام (اگر نوزائیدہ بچہ کا نام نہیں ہے تو براہ کرم اس کا خاندانی نام لکھیں)

داخلہ کے وقت مریض کی عمر:

مریض کی تاریخ پیدائش: اگر آپ نیونٹیل یونٹ میں نگہداشت حاصل کر رہے نوزائیدہ بچہ کی عیادت کے سلسلہ میں دعوی کر رہے ہیں تو براہ کرم ٹک کا نشان لگائیں

دعوی کرنے والے کا نام:

دعوی کرنے والے کا پتہ:

پوسٹ کوڈ: رابطہ کا فون نمبر:

مریض سے رشتہ داری: والدین/اولین تیماردار 18 سال سے کم عمر کے بھائی بہن تعداد (اگر ایک سے زائد اہل ملاقات کرنے والے کے لئے دعوی کر رہے ہیں تو براہ کرم لاگو ہونے والے تمام پر ٹک کا نشان لگائیں اور دعوی کرنے والے والدین/اولین تیماردار اور/یا بھائی بہن کی تعداد کی تفصیل بیان کریں)

بینک کی تفصیلات (صرف اس صورت میں مکمل کریں اگر آپ بینک ٹرانسفر کے ذریعہ ادائیگی چاہتے ہیں اور ہسپتال میں اس طرح کی منتقلی کو عمل میں لانے کی سہولیات میسر ہیں۔)

اکاؤنٹ ہولڈر (ز) کا (کے) نام:

بینک/عمارت سوسائٹی کا نام:

برانچ سارٹ کوڈ:

بینک/عمارت سوسائٹی کا اکاؤنٹ نمبر:

سیشن 2: مریض کی تفصیلات: دعوی کرنے والے (یا اس کی طرف سے) کے ذریعہ مکمل کئے جانے کے لئے

ہسپتال جس میں زیر علاج رہا:

وارڈ نمبر/نام:

معالج کا نام: (اگر قابل اطلاق ہو)

تاریخ داخلہ: وقت داخلہ:

چھٹی ملنے کی تاریخ: چھٹی ملنے کا وقت: (اگر قابل اطلاق ہو)

سیشن 3: اختیار نامہ: ہسپتال کے عملے کے ذریعہ مکمل کئے جانے کے لئے

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مذکورہ بالا مریض سیکشن 2 میں بیان کردہ تاریخوں میں اس ہسپتال میں داخل مریض ہے/تھا

دستخط:

پرنٹ نام:

عہدہ:

تاریخ: ہسپتال کے عملے کے مجاز رکن کے دستخط:

سیشن 5: دعویٰ کرنے والے (یا اس کی طرف سے) کے ذریعہ اعلان اور دستخط

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں سفر اور معاش کے قواعد اور شرائط جن کے تحت میں ان اخراجات کا دعویٰ کر رہا/کر رہی ہوں کو پڑھ اور سمجھ چکا/چکی ہوں۔ میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہ دعویٰ ان قواعد اور شرائط کی تعمیل کرتا ہے۔ میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نوزائیدہ، بچہ یا نوجوان شخص جو اس فارم میں بیان کردہ کے مطابق ہسپتال میں داخل مریض کی نگہداشت حاصل کر چکا ہے یا کر رہا ہے کے والدین/اولین تیماردار یا 18 سال سے کم عمر بھائی بہن ہوں اور اعلان کرتا/کرتی ہوں کہ جو معلومات میں نے اس فارم میں دی ہے وہ درست اور مکمل ہیں اور یہ کہ میں نے اس فارم میں بیان کردہ اخراجات کے لئے کہیں اور دعویٰ نہیں کیا ہے۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میں جان بوجھ کر غلط معلومات فراہم کرتا/کرتی ہوں تو اس کے نتیجہ میں قانونی کارروائی ہو سکتی ہے اور میں استغاثہ اور سول ریکوری کی کارروائی کا/کی سزاوار ہو سکتا/سکتی ہوں۔ میں اس دعویٰ کی تصدیق اور دموکہ دہی کی تحقیقات، روک تھام، سراغ لگانے اور مقدمہ چلانے کے مقاصد کے لئے اس فارم سے NHS اسکاٹ لینڈ اور کاؤنٹر فراڈ سروسز (Counter Fraud Services) کو اور ان کے ذریعہ معلومات کے افشاء پر رضامندی دیتا/دیتی ہوں۔

دستخط:

تاریخ:

دعووں کو ہسپتال سے چھٹی ملنے کے 3 مہینوں کے اندر اندر پیش کیا جانا چاہیئے اور انہیں حاضری کے ہسپتال کے کیش آفس میں سونپا جانا چاہیئے

سیشن 6: صرف آفس کے استعمال کے لئے

میں نے درج بالا کے مطابق اس دعویٰ کی تفصیلات کی جانچ کی ہے اور اس کے ذریعہ £ کی ادائیگی کی منظوری دیتا/دیتی ہوں

دستخط:

عہدہ:

تاریخ: