

**Mpendwa Mtumaji Ombi:**

Ikiwa malipo ya gharama za huduma yako ya afya zinaweza kukusababishia shida ya pesa, tafadhali jaza ombi hili.

Ombi hili litatusaidia kuamua uwezo wetu wa kupunguza gharama hizo kwa huduma zilizotolewa kwenye eneo lolote la Dartmouth Health. Tafadhali jibu maswali yote yanayokuhusu au yanayohusu kaya yako. Taarifa yoyote unayotoa ni ya siri na inakaguliwa tu na mfanyakazi anayeshughulikia ombi lako.

Ikiwa una bima basi huenda ukatahiki usaidizi wa kifedha kutoka kwa watoa huduma wengine wanaoshiriki wa NH Health Access Network. NH Health Access Network ni mtandao wa hospitali na watoa huduma wengine wa afya wanaofanya kazi ili kuimarisha ufikiaji wa huduma ya afya kwa watoto wasolipiwa bima na watu wazima wakazi wa Jimbo la New Hampshire.

Kabla ya usaidizi wowote wa kifedha kuruhusiwa, lazima uwe tayari umemaliza vyanzo vyote vya malipo ikiwemo bima, usaidizi wa umma, njia ya mahakama au dhima ya mhusika mwingine. Tafadhali tumia orodha kaguzi iliyo hapa chini kuhakikisha kuwa umejumuisha taarifa zote.

	Inahitajika	HAMNA
1. Nakala kamili ya Ushuru wa Mapato wa Serikali Kuu wa hivi majuzi na ratiba zote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nakala za fomu zote za W-2 za hivi majuzi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nakala za hati tatu (3) za malipo za hivi majuzi au taarifa kutoka kwa mwajiri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Nakala za taarifa tatu (3) za hivi majuzi (mfano, akiba, hundi, mifuko ya money Market, IRA, 401K, n.k.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Nakala za ukosefu wa ajira, taarifa za fidia za ulemavu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nakala za usalama wa jamii na/au fidia za malipo ya uzeeni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Nakala ya mgao wa Vocha ya Chakula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Nakala za vyanzo vya magawio, mifuko ya dhamana na taarifa za ushuru wa mali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nakala za ilani za usaidizi wa serikali;		
- Ilani za Idara ya Huduma za Afya na Binadamu (kurasa zote)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Barua za Mapato ya Ziada ya Medicaid, Nakala za Ilani za Kunyimwa kutoka Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ilani kutoka kwenye Mipango ya Premium Assistance na Bima za Marketplace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utaendelea kulipia huduma zozote unazopokea hadi ombi ulilotuma litakapopokea. Ikiwa hujapokea majibu kutoka kwetu ndani ya siku 30 baada ya kurejesha ombi lako, au unahitaji usaidizi wa kukamilisha ombi, tafadhali wasiliana na mmoja wa Watetezi wetu wa Wagonjwa kwa (844) 647-6436. Saa za kufanya kazi ni saa 9 asubuhi hadi saa 4:30 alasiri, Jumatatu hadi Ijumaa.

**Maombi yaliyokamilika yanapaswa kurejeshwa kwenye moja ya anwani zilizo hapa chini:**

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive PFS: Level 3 FAA Lebanon, NH 03756 Faksi: (603) 640-1913	New London Hospital S.L.P 21 50 Kwa: Mshauri wa Fedha New London, NH 03257 Faksi: (603) 643-7364	Cheshire Medical Center 580 Court Steet PFS: FAA Keene, NH 03431 Faksi: (603) 643-7363	Muuguzi wa Jamii na Hospitali ya Wagonjwa Mahututi ya Vermont and New Hampshire (VNH) 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 Faksi: (603) 640-1913	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 Faksi: (603) 640-1913
---	--	--	--	---

**Unaweza kupokea usaidizi wa ana kwa ana wa kujaza fomu hii ya maombi katika maeneo yafuatayo:**

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603)650-6222	Dartmouth-Hitchcock Clinics Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082
Dartmouth-Hitchcock Clinics Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Clinics Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	

# Ombi la Usaidizi wa Fedha

## 1. Taarifa za Mgonjwa

Jina la Mwisho Jina la Kwanza Kifupisho cha Jina la Kati Nambari ya Ruzuku ya Serikali # Tarehe ya Kuzaliwa

Anwani ya Barabara Jiji Jimbo Msimbo wa eneo Muda kwenye anwani

Anwani ya Barua Jiji Jimbo Msimbo wa eneo

Nambari ya Simu ya Nyumbani Nambari ya Simu ya Kazini

Sina Mwenzi  Nimeoa/Nimeolewa  Ndoa ya Kiserikali  
 Tumetengana  Nimetalikiwa  Mjane  
 Raia wa Marekani  Rais wa NH

## 2. Mtu Anayewajibika Kulipa Bili

Jina la Mwisho Jina la Kwanza Kifupisho cha Jina la Kati Nambari ya Ruzuku ya Serikali # Tarehe ya Kuzaliwa

Anwani ikiwa ni Tofauti na ya Mgonjwa Nambari ya Simu ya Nyumbani Nambari ya Simu ya Kazini

Jina la Kampuni ya Bima Tarehe ya Kuanza Kutumika

## 3. Tafadhali bainisha watu WOTE wanaoishi katika kaya, ikiwemo mtuma ombi: Tumia karatasi ya ziada ikihitajika

Jina Uhusiano na Mgonjwa Tarehe ya Kuzaliwa Ruzuku ya Serikali # Unatuma Ombi Ndiyo/Hapana

### 1. Peke Yangu

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

## 4. Je, ombi hili ni kwa ajili ya huduma za baadaye au zilizopita?

Baadaye  Zilizopita Tarehe za Huduma: \_\_\_\_\_

## 5. Tafadhali jaza ikiwa yeyote katika kaya yako ana bima:

Bima ya Afya (Mpango/Jina), \_\_\_\_\_ Akaunti ya akiba ya afya(chorea duara) Ndiyo Hapana Nani: \_\_\_\_\_

Hati ya Bima #/Kitambulisho# \_\_\_\_\_ Kiasi cha Makato: \_\_\_\_\_

Medicare Sehemu ya A \_\_\_\_\_, Medicare Sehemu ya B \_\_\_\_\_, Hupata usaidizi wa kulipa Medicare Sehemu ya B \_\_\_\_\_, Nani: \_\_\_\_\_

## 6. Je, mtu yeyote katika kaya yako ametuma ombi la Medicaid? Ndiyo Hapana Nani: \_\_\_\_\_

Ikiwa Ndiyo na alinyimwa, tafadhali toa nakala ya ilani ya kunyimwa ya Medicaid.

## 7. Je, umetuma ombi la usaidizi wa fedha kwenye kituo kingine? Ndiyo Hapana Ikiwa ndiyo, wapi: \_\_\_\_\_

## 8. Je, kuna yeyote katika kaya yako ni mjamzito? Ndiyo Hapana

## 9. Je, kuna yeyote katika kaya yako amehudumu katika jeshi? Ndiyo Hapana Nani: \_\_\_\_\_

## 10. Je, uliwasilisha dai la fidia ya wafanyakazi au ajali ya gari hivi majuzi? Ndiyo Hapana Tarehe: \_\_\_\_\_

## 11. Je, mtu yeyote katika kaya yako anastahiki fidia za Ruzuku ya Serikali? Ndiyo Hapana Nani: \_\_\_\_\_

## 12. Je, mtu mwingine anakudai kwenye mapato yake ya ushuru? Ndiyo Hapana Nani: \_\_\_\_\_

### 13. Taarifa ya Mali ya Kaya

	Mtu wa 1	Mtu wa 2	Mtu wa 3
Jina la kila mwanakaya:	_____	_____	_____
Jina la mwajiri:	_____	_____	_____
<b>Mapato ya Kila Mwezi Kabla ya Makato Kutoka:</b>			
Ajira:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ajira ya Binafsi:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Akaunti za Uwekezaji:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Upangishaji wa Mali Yasiyohamishika:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Kukosa ajira:	tangu MM / DD / YYYY	tangu MM / DD / YYYY	tangu MM / DD / YYYY
Kustaafu: (Ruzuku ya Serikali, Malipo ya Uzeeni, Malipomwaka)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Masurufu/Kukimu Mahitaji ya Mtoto:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Usaidizi wa Umma, Vocha za Chakula:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Mapato Mengine:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Akiba na Uwekezaji:</b>			
Kuangalia Masalio ya Akaunti:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Akiba na Masalio ya Akaunti ya CD: (IRAs, 403B, 401K:)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Bainisha: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Akiba na uwekezaji mwingine:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Bainisha: _____			

### 14. Gharama za Kaya

Malipo ya Kodi ya Kila Mwezi: \$ \_\_\_\_\_ Malipo ya Mkopo wa Nyumba: \$ \_\_\_\_\_ Salio la Mkopo wa Nyumba \$ \_\_\_\_\_

Kiasi cha Ushuru wa Mali Hakijajumuishwa katika Kiasi cha Malipo Juu ya: \$ \_\_\_\_\_ Thamani ya Nyumba: \$ \_\_\_\_\_

Je, Unamiliki Mali Mbali Na Makazi ya Msingi?  Ndiyo  Hapana

Ikiwa Ndiyo, Thamani ya \$ \_\_\_\_\_ Salio la Mkopo wa Nyumbani: \$ \_\_\_\_\_

Ikiwa mali nyingine ni biashara, orodhesha anwani: \_\_\_\_\_ Malipo ya Mkopo wa Kila Mwezi: \$ \_\_\_\_\_

Yalilipwa kwa: \_\_\_\_\_ Kwa: \_\_\_\_\_

Medicare Sehemu ya D imedondolewa kwenye hundi ya Ruzuku ya Serikali:  Ndiyo  Hakuna Kiasi: \$ \_\_\_\_\_

Huduma za umma \$ \_\_\_\_\_ Bima (Gari/Maisha/Mali) \$ \_\_\_\_\_ Nyingine: \$ \_\_\_\_\_

Masurufu/Kukimu Mahitaji ya Mtoto \$ \_\_\_\_\_ Malipo ya Bima ya Afya \$ \_\_\_\_\_ Nyingine: \$ \_\_\_\_\_

Huduma kwa Mtoto \$ \_\_\_\_\_ Bila za Huduma ya Afya \$ \_\_\_\_\_ Nyingine: \$ \_\_\_\_\_

Kuishi (gesi, chakula, mavazi) \$ \_\_\_\_\_ Dawa \$ \_\_\_\_\_ Nyingine: \$ \_\_\_\_\_

Kwa kutia sahihi hapa chini ninaidhinisha ombi la ripoti ya mkopo wangu na/au mapato ya ushuru. Ninaelewa kwamba mapato ya ushuru yanahitajika ili kuchakata ombi hili na kwamba taarifa zaidi zinaweza kuombwa kabla ya ustahiki wangu kuamuliwa. Endapo sijafichua kikamilifu, au nimetoa kwa njia isiyo sahihi, mapato au mali yoyote, makubaliano yoyote kukupa punguzo la utunzaji wa hisani yatakuwa batili na yatarejea hadi tarehe ambayo bili zilidaiwa. Huenda nikahitajika kulipia ada yoyote/zote za kisheria wakati wa mchakato wa ukusanyaji.

Wanakaya wowote watu wazima wanaotia sahihi chini ya utoaji wa taarifa yoyote ya matibabu, fedha au ajira inayohusiana moja kwa moja na huduma yao ya afya au na ustahiki wao wa usaidizi wa kifedha. Taarifa hizi zinaweza kupewa watoa huduma wowote wa afya ambao wanafamilia wao wametafuta huduma za afya au usaidizi wa kifedha. Taarifa zote zilizotolewa zitasalia za siri chini ya vipengele vya sheria za serikali kuu za HIPAA. Taratibu za uteuzi huenda zisitiliwe maanani kwa usaidizi.

Ninakubali kwamba nitalipia fidia kamili ya usaidizi wa kifedha nikipokea malipo ya aina yoyote ya huduma za malipo zilizogunduliwa na ombi hili, kwa mfano malipo ya bima, malipo ya mpango wa serikali, fidia kutokana na kesi mahakamani au malipo mengine yoyote.

Nikipokea Usaidizi wa Kifedha, ninakubali kuliambia shirika mahali nilipotuma ombi mara ya kwanza la mabadiliko yoyote ambayo yanaweza kuathiri ustahiki, ikiwemo mabadiliko kwenye ukubwa wa familia, mapato na bima ya afya. Ninaelewa kwamba ikiwa hali yangu/yetu ya matibabu itabadilika ili ni/tustahiki mpango wa usaidizi wa umma, tunahitaji kutuma ombi kwenye mpango huo na kutoa ithibati ya ombi.

Sahihi ya Mtuma Ombi \_\_\_\_\_ Tarehe \_\_\_\_\_

Sahihi ya Mtuma Ombi Mwenza \_\_\_\_\_ Tarehe \_\_\_\_\_