

Kwa Mwombaji:

Ikiwa malipo ya gharama za huduma yako ya afya yanaweza kukuletea hali ngumu ya kifedha, tafadhali jaza ombi hili. Ombi hili litatusaidia kutathmini uwezo wetu kupunguza gharama hizo kwa huduma zitolewazo katika eneo lolote la Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center au Alice Peck Day Memorial Hospital. Tafadhali jibu maswali yote yanayokuhusu wewe au kaya yako. Maelezo yoyote unayoyatoa ni siri na yanapitiwa tu na wafanyakazi wanaoshughulikia ombi lako.

Ikiwa una bima basi unaweza pia kufuzu kupata msaada wa kifedha kwa watoa huduma wengine washiriki wa Mtandao wa Ufikiaji Huduma za Afya wa NH. Mtandao wa Ufikiaji Huduma za Afya wa NH ni mtandao wa mahospitali na watoaji wengine wa huduma za afya ambao wanafanya kazi kuboresha ufikiaji huduma za afya kwa watoto na watu wazima walio na bima ndogo wanaoishi katika Jimbo la New Hampshire.

Kabla msaada wowote wa kifedha haujatolewa, unapaswa kuwa tayari umeishiwa fedha kutoka kwa vyanzo vingine vya malipo kama bima, msaada wa umma, madai, au madeni ya watu wengine. Tafadhali tumia orodha ya kukagulia hapa chini kuwa na uhakika kama umejumuisha taarifa zote.

	Inahitajika	Haijitajiki
1. Nakala kamili ya Marejesho ya Kodi ya Mapato ya hivi karibuni na awamu zote za malipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nakala za fomu zote za hivi karibuni za W-2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nakala za risiti za malipo (3) za hivi karibuni au maelezo ya malipo kutoka kwa mwajiri/wajiri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nakala tatu (3) za maelezo ya miamala ya benki ya hivi karibuni (k.m., akiba, cheki, fedha za Masoko, IRA, 401K, n.k.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nakala za kutokuajiriwa, maelezo ya manufaa ya fidia ya ulemavu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nakala za bima ya jamii na/au manufaa ya mafao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nakala za mgao wa Stempu za Chakula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nakala za vyanzo vya mgawo, fedha za dhamana na maelezo ya kodi za majengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nakala za notisi za misaada ya serikali;		
Notisi za Idara ya Afya na Huduma za Binadamu (kurasa zote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barua za Matumizi za Mpango wa Msaada wa Matibabu, Nakala za Notisi za Kukataliwa kutoka kwa Mpango wa Msaada wa Matibabu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notisi kutoka kwa Mpango wa Msaada wa Kiwango cha Juu na Bima ya Masoko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unaweza kupokea ana kwa ana msaada wa kukamilisha maombi haya katika maeneo yafuatayo:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Nambari ya kitaifa: (603) 650-6222	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 Nambari ya kitaifa: (603) 354-5430	Alice Peck Day Memorial Hospital Barabara ya Alice Peck Day 10 Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579
---	---	---	--	--	---

Utaendelea kuwajibika kifedha kwa huduma zozote utakazopoea mpaka maombi yako yaliyokamilika yatakapo pokelewa. Ikiwa hutapokea taarifa yoyote kutoka kwetu ndani ya siku 30 baada ya kurudisha maombi yako, au unahitaji msaada wa kukamilisha maombi yako, tafadhali mpigie simu mmoja wa Mawakili wetu kupitia (844) 647-6436.

Muda wa kazi ni 9:00 a.m. – 4:30 p.m., Jumatatu – Ijumaa.

Maombi yaliyokamilika yanapaswa kurudishwa kwa moja ya anwani zilizo hapa chini.

Kituo cha Matibabu cha Dartmouth-Hitchcock  
One Medical Center Dr. PFS: Level 3 FAA  
Lebanon, NH 03766  
FAKSI: (603) 442-5135

Dartmouth-Hitchcock/Cheshire  
580-590 Court St. PFS: FAA  
Keene, NH 04431  
FAKSI: (603) 354-6596

Alice Peck Day Memorial Hospital  
10 Alice Peck Day Drive FAA  
Lebanon, NH 03756  
FAKSI: (603) 650-6142

## Maombi ya Msaada wa Kifedha

**Alice Peck Day Memorial Hospital**  
 Zingatia: FAA  
 10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

### 1. Maelezo Kuhusu Mgonjwa:

<i>Jina la Mwisho</i>	<i>Jina la Kwanza</i>	<i>Jina la Kati</i>	<i>Namba ya Bima ya Jamii</i>		<i>Tarehe ya Kuzaliwa</i>
<i>Anwani ya Mtaa</i>	<i>Jiji</i>		<i>Jimbo</i>	<i>Msimbo wa Posta</i>	<i>Urefu wa muda anakoishi</i>
<i>Anwani ya Barua</i>	<i>Jiji</i>		<i>Jimbo</i>	<i>Msimbo wa Posta</i>	
<i>Namba ya Simu ya Nyumbani</i>	<i>Namba ya Simu ya Kazini</i>		<input type="checkbox"/> Sjihoa/Sijaolewa <input type="checkbox"/> Nimeoa/Nimeolewa <input type="checkbox"/> Ndoa ya Kiserikali <input type="checkbox"/> Nimeachika <input type="checkbox"/> Nimetaliki/Talikiwa <input type="checkbox"/> Mjane <input type="checkbox"/> Raia wa Marekani <input type="checkbox"/> Mkazi wa NH		

### 2. Mtu mwenye Wajibu wa Kulipia Bili

<i>Jina la Mwisho</i>	<i>Jina la Kwanza</i>	<i>Jina la Kati</i>	<i>Uhusiano na Mgonjwa</i>	<i>Namba ya Bima ya Jamii</i>
<i>Anwani ikiwa ni Tofauti na ya Mgonjwa</i>			<i>Namba ya Simu ya Nyumbani</i>	<i>Namba ya Simu ya Kazini</i>
<i>Jina la Kampuni ya Bima</i>			<i>Tarehe ya Kuanza</i>	

### 3. \*\*Tafadhali onyesha watu WOTE wanaoishi katika kaya ikijumuisha mwombaji:

JINA	UHUSIANO NA MGONJWA	TAREHE YA KUZALIWA	SOC. #BIMA	Unaomba Ndiyo/Hapana
1	<b>Binafsi</b>			
2				
3				
4				
5				
6				

4. Je, maombi haya ni kwa ajili ya huduma zijazo au za zamani?    Zijazo    Zamani   Tarehe ya (za) Huduma: \_\_\_\_\_

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

Bima ya Afya (Mpango/Jina) \_\_\_\_\_, Akaunti ya akiba ya Afya (mzunguko) –  Ndio    Hapana  
 Nani: \_\_\_\_\_

#Kitambulisho# cha Sera: \_\_\_\_\_ Kiasi kinachoweza kupunguzwa: \_\_\_\_\_  
 Huduma za Matibabu Sehemu A \_\_\_\_\_, Huduma za Matibabu Sehemu B \_\_\_\_\_ Anapokea msaada wa kulipia  
 Huduma za Matibabu Sehemu B \_\_\_\_\_ Nani: \_\_\_\_\_

6. Je, kuna yeyote katika kaya yako ameomba Msaada wa Matibabu?    Ndio    Hapana

Nani: \_\_\_\_\_ Ikiwa Ndio na akakataliwa tafadhali toa nakala ya notisi ya kukataliwa Msaada wa Matibabu.

7. Je, umeomba msaada wa kifedha katika kituo kingine?    Ndio    Hapana   Kama ndio, wapi: \_\_\_\_\_

8. Je, kuna yeyote katika kaya yako aliye mjamzito?    Ndio    Hapana

9. Je, kuna yeyote katika kaya yako amefanya kazi jeshini?    Ndio    Hapana   Nani: \_\_\_\_\_

10. Je, hivi karibuni umefungua madai ya fidia ya wafanyakazi au fidia ya ajali ya gari?    Ndio    Hapana  
 Tarehe: \_\_\_\_\_

11. Je, kuna yeyote katika kaya yako anastahili kupata manufaa ya Bima ya Jamii?

Ndio    Hapana   Nani: \_\_\_\_\_

12. Kuna mwingine yeyote anakutaja wewe kwenye marejesho yake ya kodi ya mapato?

Ndio    Hapana   Nani: \_\_\_\_\_

13. TAARIFA ZA KAYA	MTU 1	MTU 2	MTU 3
---------------------	-------	-------	-------

\*JINA la kila mwanakaya:

Jina la mwajiri:

**Kipato cha Jumla cha Kila Mwezi Kuanzia:**

Ajira:	\$	\$	\$
Ajira Binafsi:	\$	\$	\$
Akaunti za Uwekezaji:	\$	\$	\$
Kodi za Majengo:	\$	\$	\$
Sijaaajiriwa: (kuanzia ( ___ / ___ / ___ ))	\$	\$	\$
Kustaafu:	\$	\$	\$
(Soc. Bima, Mafao, Malipomwaka)			
Masurufu/Msaada wa Mtoto:	\$	\$	\$
Msaada wa Umma, Stempu za Chakula:	\$	\$	\$
Kipato Kingine:	\$	\$	\$
<b>Akiba na Uwekezaji:</b>			
Masalio ya Akaunti za Cheki	\$	\$	\$
Masalio ya Akaunti za Akiba & CD IRAs, 403B, 401K:	\$	\$	\$
Ainisha:	\$	\$	\$
Akiba na uwekezaji mwingine:			
Ainisha:	\$	\$	\$
<b>Mengine:</b>			
Vyombo vya moto: Mwaka, Mtengenezaji, Moduli?			
Gari ya Starehe: Mwaka, Mtengenezaji, Moduli?			

### 14. MATUMIZI YA KAYA

Malipo ya Kodi ya Kila Mwezi: \$ \_\_\_\_\_ au Malipo ya Mkopo wa Nyumba: \$ \_\_\_\_\_ Salio la Mkopo wa Nyumba \$ \_\_\_\_\_  
 Kiasi cha Kodi ya Jengo Ambacho Hakijajumuishwa kwenye Kiasi cha Malipo Hapo Juu: \$ \_\_\_\_\_ Thamani ya Nyumba: \$ \_\_\_\_\_  
 Je, Unamiliki Jengo Zaidi ya Nyumba ya Makazi?  Ndio  Hapana Kama Ndio, Thamani \$ \_\_\_\_\_  
 Salio la Mkopo wa Nyumba: \$ \_\_\_\_\_

Ikiwa mali nyingine ni biashara, orodhesha anwani: \_\_\_\_\_

Malipo ya Mkopo ya Kila Mwezi: \$ \_\_\_\_\_ Yamelipwa kwa: \_\_\_\_\_ Kwa ajili ya: \_\_\_\_\_

Huduma ya matibabu Sehemu D inayokatwa kutoka kwenye cheki ya Bima ya Jamii:  Ndio  Hapana Kiasi:\$ \_\_\_\_\_

Matumizi	\$ _____	Bima (Chombo cha moto/Maisha/Jengo)	\$ _____	Mengine: _____	\$ _____
Masurufu/Msaada wa Mtoto	\$ _____	Bima ya Afya ya Kiwango cha Juu	\$ _____	Mengine: _____	\$ _____
Huduma ya Mtoto	\$ _____	Bili za Huduma za Afya	\$ _____	Mengine: _____	\$ _____
Maisha (gesi, chakula, nguo)	\$ _____	Matibabu	\$ _____	Mengine: _____	\$ _____

### 15. IDHINISHO LA HAKI *Soma kwa Makini*

Kwa kusaini hapa chini Ninaidhinisha ombi la ripoti ya mkopo na/au rejesho la kodi. Ninaelewa kwamba rejesho la kodi linatakiwa ili kuchakata maombi haya na kwamba taarifa zaidi zinaweza zikaombwa kabla ya ustahili wangu kufanyiwa tathmini. Katika hali ambayo sijatoa taarifa zote, au nimetoa kimakosa, kipato chochote au mali, au mkataba ili kukupatia punguzo la huduma ya hisani itakuwa kama maombi tupu na yasiyokamilika na hayatatambulika kuanzia tarehe ambayo bili ilianza kudaiwa. Ninaweza kuwajibika kwa gharama zozote/zote za kisheria wakati wa mchakato wa ukusanyaji.

Wanakaya wote wakubwa ambao watasaini hapa chini wanaidhinisha kutolewa kwa taarifa yoyote ya kimatibabu, kifedha au ajira ambayo inahusiana moja kwa moja na huduma zao za afya au na ustahili wao wa msaada wa kifedha. Taarifa hii inaweza kutolewa kwa watoa huduma wowote wa afya ambao wanakaya wameomba huduma za afya au msaada wa kifedha kutoka kwao. Taarifa zote zinazotolewa zitabakia kuwa siri chini ya masharti ya kanuni za serikali za HIPAA. Taratibu zilizochaguliwa zinaweza zisifikiriwa kwa ajili ya msaada.

Ninakubali kwamba nitalipa tuzo ya msaada kamili wa kifedha kama nitapokea malipo ya aina yoyote kwa ajili ya huduma za matibabu zinazofadhiliwa na maombi haya, kwa mfano malipo ya bima, malipo ya programu za serikali, tuzo kutoka kwa madai ya kisheria au malipo mengine.

Ikiwa nitapokea Msaada wa Kifedha, ninakubali kuliambia shirika wapi niliomba mabadiliko yoyote ambayo wanaweza kuathiri ustahili, kama mabadiliko ya ukubwa wa familia, kipato na ufadhili wa bima ya afya. Ninaelewa kwamba ikiwa hali yangu/zangu ya matibabu itabadilika kiasi kwamba ninaweza/tunaweza kustahili kwa ajili ya programu ya msaada wa umma, nitahitaji kufanya maombi katika programu a kutoa uthibitisho wa maombi.

\_\_\_\_\_ Saini ya Mwombaji

\_\_\_\_\_ Tarehe

\_\_\_\_\_ Saini ya Waombaji

\_\_\_\_\_ Tarehe