

Mpendwa Mwombaji:

Tafadhali jaza ombi hili ikiwa ni vigumu kulipia huduma yako ya afya.

Ombi hili linatusaidia kuamua ikiwa tunaweza kupunguza gharama zako za huduma katika maeneo ya Dartmouth Health. Tafadhali jibu maswali yote kwa ajili yako na kaya yako. Taarifa yako haitawekwa hadharani. Itashirikiwa tu na wafanyakazi wanaoshughulikia ombi lako.

Ikiwa mapato na hali yako ya uhamiaji zinastahiki bima ya Medicaid, utahitaji kutuma ombi. Tunaweza kukusaidia kufanya hivyo. Ukipata ajali, utahitaji kwanza kutumia vyanzo vingine vyote vya malipo vinavyopatikana, kama vile bima ya dhima ya mshirika mwingine.

Tunahitaji uthibitisho wa mapato na mali yako inayoweza kubadilishwa haraka kuwa fedha ili kuona ikiwa unastahiki msaada wa kifedha. Tafadhali toa yafuatayo:

Hati Zinazohitajika

- **Mapato:** Nakala kamili ya Ripoti ya Kodi ya Mapato ya Serikali Kuu ya hivi majuzi na ratiba na fomu zote (k.m., 1040, 1099, nk.) Kumbuka: ikiwa hukuripoti kodi au hii haionyeshi mapato yako ya sasa, tafadhali angalia chaguo mbadala za hati hapa chini.
- **Mali Inayoweza Kubadilishwa kuwa Fedha Haraka:** Nakala ya taarifa mbili (2) za hivi majuzi zaidi za benki au taarifa zingine za kifedha (mfano, akiba, matumizi, soko la fedha, nk) kwa kila akaunti inayomilikiwa na mtu anayeomba kwenye maombi.

Hati Mbadala za Mapato

- **Ikiwa umeajiriwa:** Nakala za stakabadhi mbili (2) za hivi majuzi zaidi za malipo kutoka kwa waajiri wote kwa kila mtu anayeomba kwenye maombi. Ikiwa hazipatikani, tafadhali toa taarifa iliyoandikwa kutoka kwa mwajiri yenye maelezo ya mapato.
- **Ikiwa huajiriwa:** Nakala ya taarifa ya msaada wa ukosefu wa ajira ikiwa upo (kwa mfano, hundi, taarifa ya benki, mtandaoni, nk.).
- **Ikiwa umeajiri:** Taarifa ya Faida na Hasara kwa miezi 3 iliyopita.
- **Ikiwa unamiliki mali ya kukodisha:** Mapato ya Kukodisha - nakala ya Ratiba E ya sasa ya fomu ya IRS.
- **Ikiwa unapata msaada wa ulemavu wa ustawi wa kijamii:** Nakala ya taarifa ya msaada wa ulemavu/barua ya tuzo au hundi, taarifa ya benki, mtandaoni, nk.
- **Ikiwa unapokea msaada wa ustawi wa jamii, pensheni, mapato ya kustaafu:** Nakala ya barua yako ya tuzo, stakabadhi ya hundi, taarifa ya benki, nk. Kumbuka: Mapato ya Usalama ya Nyongeza hayahitaji kutolewa.
- **Aina nyingine za mapato:** Ikiwa unapata mapato ambayo hayajaorodheshwa hapa, tafadhali piga simu Watetezi wetu wa Wagonjwa kwa 844-647-6436 ili kubaini hati zinazohitajika.

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

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

Kituo cha Matibabu cha
Dartmouth Hitchcock
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756
603-650-6222

Dartmouth Hitchcock
Clinics Concord
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
603-229-5080

Dartmouth Hitchcock
Clinics Manchester
100 Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
603-629-8293

Dartmouth Hitchcock
Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
603-577-4055

Kituo cha Afya cha Cheshire
(Cheshire Medical Center)
580 Court Street
Keene, NH 03431
603-354-5430

Hospitali ya Kumbukumbu
ya Alice Peck Day (Alice
Peck Day Memorial Hospital)
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
603-308-0007

New London Hospital
273 County Road
New London, NH 03257
603-526-5503

Mt. Ascutney Hospital
and Health Center
298 County Road
Windsor, VT 05089
802-674-7233

Valley Regional Hospital
243 Elm Street
Claremont, NH 03743
603-543-6947

Maombi yaliyojazwa yanapaswa kurejeshwa kwenye mojawapo ya anwani zilizo hapa chini:

Kituo cha Matibabu cha
Dartmouth Hitchcock
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
Faksi: 603-640-1913

Ombi la Msaada wa Kifedha

1. Taarifa za Mgonjwa

Jina la Mwisho	Jina la Kwanza	Kifupisho cha Jina la Kati	Namba ya SSN	Tarehe ya Kuzaliwa
Anwani ya Barabara	Jiji	Jimbo	ZIP	
Anwani ya Barua (ikiwa tofauti na hapo juu)	Jiji	Jimbo	ZIP	
Namba ya Simu ya Nyumbani	Namba ya Simu ya Kazini			
☐ Sina Mwenzi ☐ Nimeoa/Nimeolewa ☐ Ndoa ya Kiserikali ☐ Tumetengana ☐ Nimetalikiwa ☐ Mjane				

2. Tafadhali orodhesha wategemezi wote wanaoishi katika kaya yako katika ripoti ya malipo ya kodi.

(Kaya inafafanuliwa kama wewe mwenyewe, mwenzi/mpenzi wa nyumbani, na wategemezi wote katika ripoti ya malipo ya kodi.)

	Jina	Uhusiano na Mgonjwa	Tarehe ya Kuzaliwa	Namba ya SSN	Anaomba Ndiyo/Hapana
1	Peke Yanqu				
2					
3					
4					
5					
6					

3. Je, ombi hili ni kwa ajili ya huduma za baadaye au zilizopita? ☐ Siku Zijazo ☐ Tarehe Zilizopita za Huduma: _____

4. Tafadhali jaza ikiwa yeyote katika kaya kwenye ripoti ya kodi yako ana bima:

Bima ya Afya (Mpango/Jina), _____ Ana akaunti ya akiba ya afya ☐ Ndiyo ☐ Hapana Je, Nani: _____

Namba ya Sera/Namba ya Kitambulisho _____ Kiasi cha Makato: _____

Medicare Part A _____, Medicare Part B _____, Anapokea Medicare Part B _____, Je, nani: _____

5. Je, mtu yeyote katika kaya yako ametuma ombi la Medicaid? ☐ Ndiyo ☐ Hapana Je, nani: _____

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

6. Je, kuna yeyote katika kaya yako ambaye ni mjamzito? ☐ Ndiyo ☐ Hapana

7. Je, kuna yeyote katika kaya yako amehudumu katika jeshi? ☐ Ndiyo ☐ Hapana Je, nani: _____

8. Je, umewasilisha dai la fidia ya wafanyakazi au ajali ya gari hivi majuzi? ☐ Ndiyo ☐ Hapana Tarehe: _____

9. Je, mtu yeyote katika kaya yako anastahiki msaada wa Ustawi wa Jamii? ☐ Ndiyo ☐ Hapana Je, nani: _____

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

☐ Ndiyo ☐ Hapana Je, nani: _____

11. Maelezo ya Kaya ya Mapato/Mali Inayoweza Kubadilishwa Haraka kuwa Pesa

	Mtu wa 1:	Mtu wa 2:	Mtu wa 3:
Jina la kila mwanakaya:	_____	_____	_____
Jina la mwajiri:	_____	_____	_____

Mapato ya Kila Mwezi Kabla ya Makato Kutoka:

Ajira:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ajira ya Binafsi:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Akaunti za Uwekezaji:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Upangishaji wa Mali Isiyohamishika:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Kukosa ajira:	tangu Mwezi / Siku / Mwaka	tangu Mwezi / Siku / Mwaka	tangu Mwezi / Siku / Mwaka
Kustaafu: (Soc. ya Serikali, Malipo ya Uzeeni, Malipomwaka)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Masurufu: (kutoka kwa malipo kabla ya 2019)	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Akiba na Mali Inayoweza Kubadilishwa Haraka kuwa Pesa:

Kuangalia Masalio ya Akaunti:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Akiba na Masalio ya Akaunti ya CD:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Akiba au uwekezaji mwingine unaoweza kubadilishwa haraka kuwa pesa:			
Ainisha: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Maelezo ya Ziada

Tafadhali jumuisha taarifa nyingine yoyote kuhusu hali yako ya sasa ya kifedha ambayo ungependa tujue, kama vile, ugumu wa kulipa bili, kodi ya nyumba au chakula.

Kwa kusaini hapa chini ninaidhinisha ombi la ripoti yangu ya malipo 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 nimeripoti kwa njia isiyo sahihi, mapato au mali yoyote inayoweza kubadilishwa haraka kuwa pesa, makubaliano yoyote kukupa punguzo la huduma ya 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 nistahiki/tustahiki mpango wa usaidizi wa umma, nitahitaji kutuma ombi kwenye mpango huo na kutoa ithibati ya ombi.

Saini ya Mwombaji

Tarehe

Saini ya Mwombaji-Mwenza

Tarehe