

OMBI LA USAIDIZI WA KIFEDHA KWA NORTON HEALTHCARE

AKAUNTI #: _____ TAREHE TA _____ NAMBARI YA
 JINA LA _____ KUZALIWA: _____ / _____ / KITAMBULISHO: _____
 MGONJWA: _____ SIMU YA
 ANWANI: _____ NYUMBANI: _____ SIMU YA MKONONI: _____
 JIJI: _____ MSIMBO WA _____ BARUA _____
 JIMBO: _____ ZIP: _____ PEPE: _____
 JE, MGONJWA NI RAIA JE, MGONJWA NI MKAZI
 WA MAREKANI? NDIYO LA HALALI WA MAREKANI?
 MWAJIRI WA MGONJWA (IKIWA NI NDIYO LA
 MTOTO MDOGO, TAARIFA ZA
 MZAZI): SIMU: _____
 MWAJIRI WA MPENZI WA NDOA
 (IKIWA NI MTOTO MDOGO, TAARIFA
 ZA MZAZI): SIMU: _____

IKIWA UNA BIMA YA AFYA, TAFADHALI WASILISHA:

JINA LA KAMPUNI: _____	SIMU YA KAMPUNI: _____
SERA #: _____	MMILIKI WA SERA: _____
JE, HII KULAZWA KULISABABISHWA NA AJALI YA GARI? NDIYO LA	IKIWA NDIYO, TAREHE YA AJALI: _____
TAARIFA YA WAKILI: JE, AKAUNTI INAHUSIANA NA FIDIA YA MFANYAKAZI? NDIYO LA	SIKU YA KUUMIA: _____
TAARIFA YA WAKILI: _____	

TAFADHALI ORODHESHA JINA, UMRI, NA UHUSIANO WA WATU KATIKA NYUMBA YA MGONJWA:

JINA	TAREHE YA KUZALIWA	UHUSIANO NA MGONJWA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(IKIWA UNAHITAJI NAFASI ZAIDI, TAFADHALI ANDIKA NYUMA YA UKURASA HUU)

KIPATO (KWA

KIPATO CHA JUMLA CHA MGONJWA (IKIWA MGONJWA ANA UMRI MDOGO, KIPATO CHA MAMA YAKE):	\$ _____
KIPATO CHA JUMLA CHA MUMEWE (IKIWA MGONJWA NI MTOTO MDOGO, KIPATO CHA MWEZI CHA BABA YAKE):	\$ _____

IKIWA HUNA KIPATO, NANI HULIPIA GHARAMA
ZAKO?

K-TAP: \$ _____	UKOSEFU WA AJIRA: \$ _____
ULIPAJI WA UTUNZAJI WA MTOTO / MALIPO YA UZAZI: \$ _____	STEMPU ZA CHAKULA \$ _____
USALAMA WA JAMII: \$ _____	PESA ZA KUSTAAFU: \$ _____
SSI/ULEMAVU: \$ _____	VIPATO VINGINE: \$ _____

**GHARAMA (KWA
MWEZI):**

KODI / MKOPO WA
NYUMBA:

\$ _____

SIMU:

\$ _____

➤ **JUMLA YA
KIPATO CHA
MWEZI:**

\$ _____

**RASILIMALI ZA
KUHESABIKA:**

BENKI

DHAMANI

AKAUNTI YA
HUNDI:

AKAUNTI YA
AKIBA:

SOKO LA
FEDHA ZA

PAMOJA:

MALI HISI: 401k _____ 403B _____

AKAUNTI

BINAFSI YA

KUSTAAFU: _____

DHAMANA: _____

RASILIMALI

NYINGINEZO:

➤ **JUMLA YA
RASILIMALI:**

\$ _____

MALI:

NYUMBA:

MALI NYINGINEZO:

JINA LA

JINA LA MDHAMINI WA MKOPO

THAMANI YA

THAMANI YA SASA

KIWANGO CHA
SASA

KIWANGO CHA SASA

(THAMANI YA SASA UKIONDOA DENI UNALODAIWA)

**NYUMBA
NYINGINEZO?**

(IKIWA NDIYO, TAFADHALI TOA JINA LA MDHAMINI WA MKOPO, ANWANI, THAMANI YA SASA NA

**HII INATHIBITISHA KWAMBA NINATAKA KUZINGATIWA KATIKA KUPATA USAIDIZI WA KIFEDHA KUTOKA KWA
NORTON HEALTHCARE**

KWA HIVYO, NINAKUBALI kutoa taarifa zinazohitajika kwa Norton Healthcare ili kubainisha ustahiki wangu wa kupata usaidizi na malipo ya matibabu yanayotokana na huduma nilizopokea katika hospitali zao. Naelewa kwamba madaktari wangu na watoa huduma wengine wa afya wanaweza kuwa na sera za usaidizi wa kifedha ambazo zinaweza kunisaidia na malipo ya matibabu kutoka kwa watoa huduma hao. Kwa hiyo, nawaruhusu Norton Healthcare kutoa nakala ya ombi langu kwa watoa huduma wale wanaoimba ili kuwasaidia kubainisha ikiwa ninastahiki usaidizi chini ya mipango yao ya usaidizi wa kifedha

Ninathibitisha kwamba taarifa nilizotoa katika ombi hili ni sahihi na za kweli kulingana na maarifa na imani yangu. Ninatambua kwamba ikiwa nitatoa taarifa za uongo au kutoa taarifa chache katika maombi ya usaidizi, maombi yangu yatakataliwa na Norton Healthcare itaendelea kufutilia ukusanyaji wa salio lolote linalosalia la deni. Katika hali hiyo, naweza kufikishwa kortini kwa kesi ya udanganyifu. Nakubaliana kuwajulisha Norton Healthcare kuhusu mabadiliko yoyote katika taarifa zilizotolewa kwenye fomu hii, ikiwa ni pamoa na anwani, namba ya simu, na kipato.

- **TAFADHALI RUDISHA OMBI LILIOJAZWA PAMOJA NA NAKALA YA TAARIFA YA BENKI YA MIEZI 3
ILIYOPITA KWA AKAUNTI ZOTE ZA HUNDI NA AKIBA.**

REJESHA TAARIFA KWA:

NORTON HEALTHCARE
IDARA YA USAIDIZI WA FEDHA YA
SANDUKU LA POSTA 35070
LOUISVILLE, KY 40232-9972
SIMU YA HUDUMA KWA WATEJA #: (502) 479-6300
FAKSI YA USAIDIZI WA KIFEDHA #: (502) 629-8883
ANWANI YA BARUAPEPE: FAP@nortonhealthcare.org
ILI KUPATA TAARIFA ZAIDI TEMBELEA: www.nortonhealthcare.com/FAP