

OMBI LA USAIDIZI WA KIFEDHA KWA NORTON HEALTHCARE

AKAUNTI #: _____

JINA LA _____ TAREHE TA _____ NAMBARI YA _____
 MGONJWA: _____ KUZALIWA: _____ / _____ / KITAMBULISHO: _____

ANWANI: _____ SIMU YA _____ SIMU YA MKONONI: _____
 NYUMBANI: _____

JJI: _____ JIMBO: _____ MSIMBO WA _____ BARUA _____
 ZIP: _____ PEPE: _____

JE, MGONJWA NI RAIA _____ JE, MGONJWA NI MKAZI _____
 WA MAREKANI? NDIYO LA HALALI WA MAREKANI? NDIYO LA

MWAJIRI WA MGONJWA (IKIWA NI MTOTO MDOGO, TAARIFA ZA MZAZI): _____ SIMU: _____

MWAJIRI WA MPENZI WA NDOA _____ SIMU: _____
 (IKIWA NI MTOTO MDOGO, TAARIFA ZA MZAZI): _____

IKIWA UNA BIMA YA AFYA, TAFADHALI WASILISHA:

JINA LA _____
 KAMPUNI: _____ SIMU YA KAMPUNI: _____

SERA #: _____ MMILIKI WA SERA: _____

JE, HII KULAZWA _____
 KULISABABISHWA NA AJALI YA _____ IKIWA NDIYO, TAREHE
 GARI? NDIYO LA YA AJALI: _____

TAARIFA YA WAKILI: _____
 JE, AKAUNTI INAHUSIANA NA FIDIA YA _____ SIKU YA
 MFANYAKAZI? NDIYO LA 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 MUMWEWE (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:** \$ _____

CHAKULA NA MISAADA MINGINE: \$ _____

MATUMIZI: \$ _____

GHARAMA NYINGINEZO: \$ _____

➤ **JUMLA YA GHARAMA ZA** \$ _____

RASILIMALI ZA KUHESABIKA:

BENKI

DHAMANI

AKAUNTI YA HUNDI: _____

AKAUNTI YA AKIBA: _____

SOKO LA FEDHA: _____

FEDHA ZA PAMOJA: _____

MALI HISA: 401k _____ 403B _____

DHAMANA: _____ AKAUNTI BINAFSI YA KUSTAAFU: _____

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 kufuatilia 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 pamoja na anwani, namba ya simu, na kipato.

- **TAFADHALI RUDISHA OMBI LILILOJAZWA 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 719046
CHICAGO, IL 60677-7046**

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