NORTON HEALTHCARE

Mahitaji ya Maombi ya Usaidizi wa Kifedha

Asante kwa kupendezwa kwako na Mpango wa Usaidizi wa Kifedha wa Norton Healthcare. Mpango wetu umeundwa ili kusaidia kifedha mahitaji ya matibabu ya watu wanaostahiki.

Ili kubaini ustahiki wako, ni lazima tupokee Ombi la Usaidizi wa Kifedha lililojazwa kikamilifu pamoja na nyaraka zote zinazohitajika za kuthibitisha.

Nyaraka zinazohitajika

Tafadhali wasilisha yafuatayo:

- Ombi la Usaidizi wa Kifedha lililojazwa kikamilifu ambalo **limetiwa saini na kuandikwa tarehe**.
- **Taarifa za benki za miezi mitatu (3)** kwa **akaunti zote za benki** zinazomilikiwa na wanakaya. Taarifa hizo lazima zijumuishe kurasa zote, hata kama ukurasa hauna maandishi.

Lengo letu ni kushughulikia ombi lako haraka iwezekanavyo. Kutoa taarifa zote zinazohitajika wakati wa kuwasilisha ombi kutatusaidia kuharakisha ukaguzi wetu na kuepuka ucheleweshaji usio wa lazima.

Ikiwa una maswali yoyote kuhusu mchakato wa kutuma ombi au mahitaji ya nyaraka, tafadhali piga simu kwa timu yetu ya Huduma kwa Wateja kwa nambari **(502)-479-6300**. Tunafurahi kukusaidia.

Asante kwa ushirikiano wako na kwa kutupa fursa ya kukuhudumia.

Kwa dhati,

Timu ya Usaidizi wa Kifedha ya Norton Healthcare

OMBI LA USAIDIZI WA KIFEDHA KWA NORTON HEALTHCARE

AKAUNTI #: _____

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

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

JIJI: _____ JIMBO: ____ MSIMBO WA ZIP: _____ BARUA PEPE: _____

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

MWAJIRI WA MGONJWA (IKIWA NI 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: $ _____

➢ **JUMLA YA KIPATO CHA MWEZI:** $ _____

GHARAMA (KWA MWEZI):

KODI / MKOPO WA NYUMBA: $ _____

SIMU: $ _____

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 wanaoiomba 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.

SAINI YA MHUSIKA MWENYEWE

TAREHE

- **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