

## Fedha za Hospitali Programu ya Usaidizi

Asante kwa kuchagua Hospitali ya Saint Agnes kwa mahitaji yako ya matibabu.

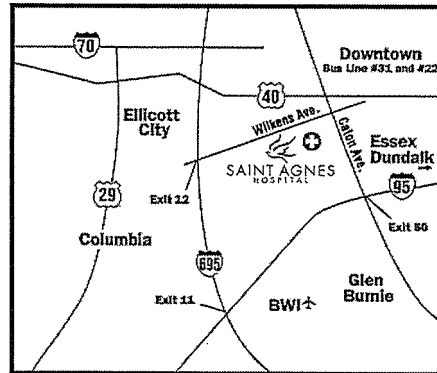
Umeonyesha nia ya kutuma maombi ya Mpango wetu wa Usaidizi wa Kifedha wa Hospitali. Ili kuzingatiwa, nyaraka zinazohitajika lazima zipokelewe katika ofisi yetu:

- Maombi yaliyokamilishwaa
- Marejesho ya Kodi ya Mapato ya Shirikisho ya miaka iliyopitaa
- Uthibitisho wa mapato ya sasa au, ikiwaa Wasio na ajira, uthibitisho wa fidia ya ajira au barua ya msaadaa
- Uthibitisho wa uchunguzi wowotee
- Nakala ya vitabu vya akaunti ya kuangalia na/au akibaa
- Nakala za bili zozote za matibabu ambazo hazijalipwaa

Baada ya kukamilika kwa mchakato wa tathmini, utarifiwa kuhusu asilimia ya posho, ikiwa ipo, itakayotumika kwa akaunti zako ambazo hazijalipwaa.

Ikiwa hatutapokea habari inayohitajika iliyoombwa ndani ya siku 15, tutafuata mazoea yetu ya kawaida ya ukusanyajii. Ikiwa una maswali au wasiwasi wowote, tafadhali wasiliana na Mwakilishi wa Akaunti ya Mgonjwa kwaa 667-234-2175.

## Asante kwa kuchagua Hospitali ya Saint Agnes kwa mahitaji yako ya matibabu!



St. Agnes | Ascension

SANDUKU LA POSTA 412315  
Boston, MA 02241  
667-234-2175  
TTY: 667-234-2001  
[www.TeamSaintAgnes.com](http://www.TeamSaintAgnes.com)

SAINT AGNES | Ascension

# HUDUMA ZA KIFEDHA ZA MGONJWA

Fomu ya Maombi ya Msaada  
wa Fedha wa Nchi ya  
Maryland

**Fomu ya Maombi ya Msaada wa  
Fedha wa Nchi ya Maryland**

**Taarifa Kuhusu Wewe**

Jina: \_\_\_\_\_

Kwanza Kati Mwisho

Nambari ya Usalama wa Jamii: \_\_\_\_\_

Tarehe ya kuzaliwa: \_\_\_\_\_

Hali ya Kuwakoa: Bila Ndoa Nimeolewa Tumeachana

Raia wa Marekani: Ndiyo Hapana

Permanent Resident: Ndiyo Hapana

Anwani ya Nyumbani: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jiji Jimbo Msimbo wa Posta

Nchi Nambari ya simu

Jina la Mwajiri: \_\_\_\_\_

Anwani ya Kazi: \_\_\_\_\_

Jiji Jimbo Msimbo wa Posta

Wanakaya wa Nyumba:

Jina Umri Uhusiano

Jina Umri Uhusiano

Jina Umri Uhusiano

Jina Umri Uhusiano

Jina Umri Uhusiano

Jina Umri Uhusiano

Jina Umri Uhusiano

Jina Umri Uhusiano

Jina Umri Uhusiano

Je, umeomba Msaada wa Matibabu?

Ndiyo hapana

Kama ndiyo, ni tarehe gani uliyoomba? \_\_\_\_\_

Ikiwa ndio, uamuzi ulikuwa gani? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je, unapokea aina yoyote ya jimbo au nchi msaada?

Ndiyo hapana

**I. Mapato ya Familia**

Kiasi cha kila mwezi

Ajira \_\_\_\_\_

za kustaafu/pensheni Faida \_\_\_\_\_

za hifadhi ya jamii Faida \_\_\_\_\_

za usaidizi wa umma Faida \_\_\_\_\_

za ulemavu Faida \_\_\_\_\_

za ukosefu wa ajira \_\_\_\_\_

Faida za veterani \_\_\_\_\_

Alimony \_\_\_\_\_

Mapato ya mali ya kukodisha \_\_\_\_\_

Mfao wa mapumziko \_\_\_\_\_

Mgawanyo wa kijeshi \_\_\_\_\_

Kilimo au ajira ya binafsi \_\_\_\_\_

Vyanzo vingine vya mapato \_\_\_\_\_

**Jumla** \_\_\_\_\_

**II. Mali zenye kioevu**

Akaunti ya kuangalia \_\_\_\_\_

Akaunti ya akiba \_\_\_\_\_

Hisa, hati fungani, CD, au \_\_\_\_\_

soko la fedha \_\_\_\_\_

Akaunti zingine \_\_\_\_\_

**Jumla** \_\_\_\_\_

**III. Mali nyingine**

Kama unamiliki yoyote ya vitu vifuatavyo, tafadhali

orodhesha aina na thamani ya makadirio.

Nyumbani: Salio la Mkopo: \_\_\_\_\_ Thamani: \_\_\_\_\_

Kiotomatiki: Kufanya: \_\_\_\_\_ Mwaka: \_\_\_\_\_

Thamani: \_\_\_\_\_

Kiotomatiki: Kufanya: \_\_\_\_\_ Mwaka: \_\_\_\_\_

Thamani: \_\_\_\_\_

**III. Mali nyingine inaendelea.**

Auto: Fanya: \_\_\_\_\_ Mwaka: \_\_\_\_\_ Thamani: \_\_\_\_\_

Mali nyingine: \_\_\_\_\_

**Jumla** \_\_\_\_\_

**IV. Gharama za**

Kiasi cha kila mwezi

Kodi au Rehani \_\_\_\_\_

Huduma za umma \_\_\_\_\_

Malipo ya gari \_\_\_\_\_

Kadi ya mkopo \_\_\_\_\_

Bima ya gari \_\_\_\_\_

Bima a afya \_\_\_\_\_

Gharama zingine za \_\_\_\_\_

matibabu \_\_\_\_\_

Gharama zingine \_\_\_\_\_

**Jumla** \_\_\_\_\_

Je, una bili nyingine zozote za matibabu ambazo hazijalipwa?

Ndiyo Hapana Ikiwa ndio, kiasi \_\_\_\_\_

Kwa huduma gani? \_\_\_\_\_

Kama umeandaa mpango wa malipo, malipo ya kila

mwezi ni yapi? \_\_\_\_\_

Kama utaomba hospitali kuongeza msaada wa kifedha, hospitali inaweza kuomba taarifa za ziada ili kufanya uamuzi wa nyongeza. Kwa kusaini fomu hii, unathibitisha kwamba taarifa zilizotolewa ni kweli na unakubali kutoa taarifa kwenye hospitali kuhusu mabadiliko yoyote ya taarifa zilizotolewa ndani ya siku kumi tangu kutokea mabadiliko hayo.

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

Uhusiano na mgonjwa \_\_\_\_\_

Tarehe \_\_\_\_\_