

MAOMBI YA MSAADA WA KIFEDHA

Hospitali ya Bucyrus • Hospitali ya Galion • Avita Ontario • Madaktari wa Avita

Jina la Mwombaji _____
 La Mwisho _____ La Kwanza _____ La Kati _____

*Tarehe ya(za)
 Huduma _____

Anwani ya Mtaa _____

Akaunti
 Nambari _____

Jiji _____ Jimbo _____ Msimbo wa posta _____ Simu _____

1. M(wa)gonjwa ni raia wa Marekani? Ndiyo La
2. M(wa)gonjwa alikuwa mkazi wa Ohio wakati wa huduma yake? Ndiyo La
3. M(wa)gonjwa alikuwa akipokea Medicaid wakati wa huduma yake?
Kama jibu ni ndio, nambari za Kitambulisho cha mpokeajji wa Medicaid _____ Ndiyo La
4. M(wa)gonjwa alikuwa na bima ya afya (mbali na Medicaid) wakati wa huduma yake?
Kama jibu ni ndio, toa jina la bima: _____ Ndiyo La

Toa taarifa zote zinazohitajika za mwombaji na kila mtu anayeishi nyumbani mwake.

Jina Kamili	Tarehe ya Kuzaliwa	Uhusiano na Mwombaji	Mapato ya Jumla Kabla ya Makato		
			Chanzo cha Mapato <small>(kwa mifano Ajira, SSI, Msada wa Mtoto, Matunzo ya Baada ya Talaka)</small>	Miezi 3 kabla ya tarehe ya zamani zaidi ya huduma	Miezi 12 kabla ya tarehe ya zamani zaidi ya huduma

Ikiwa utaripoti mapato ya \$0 au ya chini kabisa, toa maelezo mafupi hapa chini kuhusu jinsi unavyokidhi mahitaji ya msingi ya maisha, ikijumuisha ni nani anayekupatia makazi, chakula, usafiri, huduma za matumizi, mavazi, na muda ambaa umekuwa ukisaidiwa na mtu (watu) huyo au shirika (mashirika) hilo.

MAPATO kutoka kwa (wanafamilia wote)

Weka alama kwa chaguzi zote zinazotumika **

- Nakala za Mshahara wa Sasa na Fomu za W2 za Mwaka
- Uliopita za Hifadhi ya Jamii / Pensheni / Barua ya Mafao ya Ulemavu /
- Fidia ya Ukosefu wa Ajira
- Mapato ya Kujaijiri
- Matunzo ya Mtoto au ya Baada ya Talaka
- Mengine: _____

MALI INAYOWEZA KUBADILISHWA

KUWA PESA TASLIMU (wanafamilia wote)

Weka alama kwa chaguzi zote zinazotumika **

- Pesa Taslimu
- Taarifa ya Akaunti ya Hundi / Akiba,
- Nyingine: _____

**** Kama umechagua, utahitajika kupakia/kutoa nyaraka za kuthibitisha**

Rudisha fomu hii na nyaraka zinazointa mkono kwa:

Mfumo wa Afya wa Avita

Kupitia kwa: Patient Services
269 Portland Way S
Galion, OH 44833

Faksi: 419-462-4582

Kwa usaizidi pigi simu: 419-468-0512

Ninaelewa kwamba kama nimetaa taarifa yoyote ya uongo kimakusudi au kuficha taarifa yoyote kuhusu hali yangu, naweza kushtakiwa kwa ulaghaji. Kwa kutia saini ombi hili, ninaidhinisha kutolewa kwa taarifa yoyote inayohitajika ili kubaini ustahiki wangu, bila kutenga uthibitishaji wa anwani, ukaguzi wa mkopo kupitia ofisi ya kitaifa ya mikopo, ukaguzi wa mali kupitia Mtathmini wa Ushuru wa Kaunti, na uthibitishaji wa manufaa yote yaliyoorodheshwa.

Saini _____

Tarehe _____