



Jiji _____ Jimbo _____ Msimbo wa posta _____ Simu _____

Akaunti
Nambari

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? ☐ Ndiyo ☐ La
Kama jibu ni ndio, nambari za Kitambulisho cha mpokeaji wa Medicaid _____
4. M(wa)gonjwa alikuwa na bima ya afya (mbali na Medicaid) wakati wa huduma yake? ☐ Ndiyo ☐ La
Kama jibu ni ndio, toa jina la bima: _____

[illegible]

--

**Maombi yatakubaliwa kwa tarehe za huduma hadi siku 240 kutoka tarehe ya kwanza ya taarifa*