

Ombi la Msaada wa Kifedha

PROGRAMU YA MSAADA WA KIFEDHA

Kama mojawapo ya huduma zetu, Metro Health ina jukumu la kutoa upatikanaji wa huduma bora za afya kwa jamii yetu, na kushughulikia wagonjwa wetu wote kwa hadhi, huruma na heshima.

Programu yetu ya Msaada wa Kifedha hutoa huduma bila malipo, au kwa bei punguzo kwa kiasi kikubwa, kwa wagonjwa wenye haki ambao hawana uwezo wa kulipia sehemu au huduma zao zote, Programu yetu ya Msaada wa Kifedha hutoa punguzo hadi asilimia 100 ya gharama za hospitali/daktari kwa wagonjwa ambao wametimiza mahitaji ya kifedha.

Wakati unatuma ombi la Msaada wa Kifedha, ushirikiano wako unahitajika katika kutoa taarifa na nyaraka za kusaidia muhimu kwetu ili tufanye uamuzi wa haki na kwa wakati unaofaa. Kama taarifa kamili na sahihi hazijatolewa, maombi yako yanaweza kukataliwa au kukanushwa bila ukaguzi zaidi; katika hali hiyo utatarajiwa kulipa gharama yako kwa ukamilifu.

Kutokana na umuhimu wa maombi haya, mawasiliano yote na mgonjwa au wanafamilia yatashughulikiwa kwa siri kali na kwa mazingatio.

Asante kwa kuchagua Metro Health kwa mahitaji yako ya huduma ya afya. Tunajivunia kuhudumia mahitaji ya huduma ya afya ya jamii yetu!

Nakala za fomu hii ya maombi inapatikana kwa Kiingereza, Kihispania, Kiarabu, Kibosnia, Kiburma, Kichina-Mandarini, Kinepali, Kinyarwanda, Kikorea, Kisomali, Kiswahili na Kivietinamu



Hili ombi la Msaada wa Kifedha linatolewa kwako kwa ajili ya kukamilisha ili tuweze kuamua kama unatosheleza mahitaji ya Programu ya Msaada wa Kifedha.

KUJAZA FOMU HII SI HAKIKISHO LA KUPATA MSAADA

Kama hutakamilisha sehemu zote za ombi hili au kama utarudisha ombi bila nyaraka za kusaidia zilizoitishwa, hatututakuwa na uwezo wa kuamua kama umetimiza mahitaji ya Programu ya Msaada wa Kifedha. Kwa hali hiyo, utagharamia malipo yote yanayohitajika katika huduma kwako.

Kama unahitaji msaada katika kujaza fomu hii au kukusanya vifaa vya kusaidia, tafadhali wasiliana na Mwakilishi Huduma kwa Wateja wa Metro Health katika [616-252-7110](tel:616-252-7110) au [1-800-968-0051](tel:1-800-968-0051).

Ili kujua kama unatosheleza mahitaji ya Programu ya Msaada wa Kifedha, tafadhali rudisha nyaraka za kusaidia zifuatazo pamoja na ombi hili lililokamilika:

- ✓ Nakala ya Kitambulisho cha picha (leseni ya jimbo ya dereva / Kitambulisho cha Jimbo).
- ✓ Fomu 1040 ya kodi ya mapato ya shirikisho ya mwaka jana, pamoja na fomu zote za W-2 na/au 1099.
- ✓ Wiki mbili ya mwisho ya hundi ya malipo zikiwa na hesabu za jumla ya mwaka hadi sasa, au miezi miwili ya mwisho ya hundi ya malipo bila hesabu za jumla ya mwaka hadi sasa (kama unalipwa fedha taslimu bila hundi ya malipo, toa uhakiki kutoka kwa mwajiri).
- ✓ Ushahidi wa mapato kutoka vyanzo vingine vyote kama vile fidia ya ukosefu wa ajira, mapato ya ulemavu, mapato ya kodi, pensheni, mafao, malipo ya riba, nk.
- ✓ Kama wewe kwa sasa unapata faida za ruzuku ya serikali, nakala ya barua yako ya "benefit amount".
- ✓ Nakala za taarifa ya benki kwa kuangalia, akiba, hati za amana, nk kwa muda wa miezi miwili iliyopita.
- ✓ Nakala ya risiti ya matumizi ya sasa, risiti ya malipo ya simu, au risiti ya huduma za televisheni kutoka pale unapoishi.
- ✓ Kama wewe ni mwanafunzi, orodha ya hadhi/madarasa ya muhula ya sasa na nakala ya kitambulisho chako kama mwanafunzi.
- ✓ Kama una mapato ya \$0 katika ukurasa zifuatazo, ya kukamilika Kauli ya Msaada (katika mwisho wa fomu) kutoka mtu (watu) yeyote anayetoa msaada kwako au kwa familia yako.

👉 **KUMBUKA:** Jina linaloonyeshwa kwenye kitambulisho cha picha ya mgonjwa lazima liwe jina moja linaloonyeshwa kwenye hundi ya malipo na fomu za kodi.

Tafadhali rudisha ombi hili lililokamilishwa na nyaraka za kusaidia zilizoitishwa kwa haraka iwezekanavyo. Ombi halitapitiwa mpaka nyaraka za kusaidia zote zinazohitajika zimetolewa.

Tafadhali wasiliana na Mwakilishi Huduma kwa Wateja wa Metro Health katika nambari hapo juu kupanga mahojiano katika eneo au ya simu.

Sheria ya Ulinzi kwa Wagonjwa na Huduma ya Bei Nafuu inahitaji watu wote kuwa na bima ya afya ufanisi kutoka Januari 1, 2014. Wawakilishi wetu wa Metro watakupatia habari kuhusu jinsi unaweza kutuma maombi ya bima ya afya kwa njia ya soko ya bima ya shirikisho katika www.marketplace.gov na wanaweza kukusaidia na utaratibu wa uandikishaji.



OMBI LA MSAADA WA KIFEDHA

TAFADHALI ANDIKA - HAKIKISHA KUTOA TAARIFA ZOTE ULIZOOMBWA

Jina la Mgonjwa: _____ Tarehe ya Kuzaliwa ya Mgonjwa: _____

#ya Ruzuku ya Serikali ya Mgonjwa: _____

Jina la Mke/Mume: _____ Tarehe ya Kuzaliwa ya Mke/Mume: _____

ya Ruzuku ya Serikali ya Mke/Mume: _____

Simu: _____ Nambari ya Akaunti ya Mgonjwa: _____

Anuani ya mtaa: _____ Nyumba: _____

Mji: _____ Jimbo: _____ Zip Code: _____

Wanakaya (Wategemezi Kodi Kisheria) Walioolewa _____ Wasioolewa _____ Watalaka _____ Mjane _____

Jina: _____ Uhusiano: _____ #ya Ruzuku ya Serikali _____ Umri: _____

Jina: _____ Uhusiano: _____ #ya Ruzuku ya Serikali _____ Umri: _____

Jina: _____ Uhusiano: _____ #ya Ruzuku ya Serikali _____ Umri: _____

Jina: _____ Uhusiano: _____ #ya Ruzuku ya Serikali _____ Umri: _____

Jina: _____ Uhusiano: _____ #ya Ruzuku ya Serikali _____ Umri: _____

Jina: _____ Uhusiano: _____ #ya Ruzuku ya Serikali _____ Umri: _____

Ikiwa hakuna mapato, nani ambaye anakusaidia? _____

Uhusiano: _____ Nambari ya Simu: (____) _____

Gharama husika:

Malipo ya Bima ya Matibabu: \$	Madeni ya Matibabu/Gharama: \$
--------------------------------	--------------------------------



Maombi ya Msaada wa Kifedha (Inaendelea)

Je kuna yeyote katika familia anayepokea mapato yoyote kutoka ajira au kujiajiri? Kama kujiajirijaza taarifa ya faida na hasara au nakala ya kurudishiwa kodi ya mwaka jana. [] Ndiyo [] La Kama ndiyo, kamilisha yafuatayo	Jumla ya Mapato ya Kila Mwezi Kabla ya Kukatwa
Mtu Afanyaye Kazi	\$
Mtu Afanyaye Kazi	\$

Mapato mengine unayo. Tia ndani mapato ya wanafamilia wote. Kila kitu lazima kukamilika.			
AINA YA MALI	Chapa Ndiyo/La	KIASI KILA MWEZI	MAPATO YA NANI
Faida za Ruzuku ya Serikali (RSDI)	[] Ndiyo [] La	\$	
Mapato Ziada ya Usalama (SSI)	[] Ndiyo [] La	\$	
Faida za Kustaafu au Pensheni	[] Ndiyo [] La	\$	
Faida za Askari Bobeza	[] Ndiyo [] La	\$	
Faida za Ulemavu	[] Ndiyo [] La	\$	
Mapato ya kodi	[] Ndiyo [] La	\$	
Fidia ya Mfanyakazi	[] Ndiyo [] La	\$	
Msaada wa Watoto au masurufu	[] Ndiyo [] La	\$	
Fidia ya Ukosefu wa Ajira	[] Ndiyo [] La	\$	
Mgao wa Kijeshi	[] Ndiyo [] La	\$	
Faida ya kugawana/usambazaji wa kasino	[] Ndiyo [] La	\$	
Nyingine	[] Ndiyo [] La	\$	

Mali unayo: Tia ndani mali ya wanafamilia wote. Kila kitu lazima kukamilika. **Ambatanisha nyaraka za kusaidia zote.**

AINA YA MALI	Chapa Ndiyo/La	THAMANI YA MALI
Fedha mkononi, katika sanduku ya kuhifadhi usalama au mfuko wa imani ya mgonjwa	[] Ndiyo [] La	\$
Akaunti ya Akiba, ya Kuangalia, au ya Chama cha Mikopo	[] Ndiyo [] La	\$
Nyumba, Mali ya Maisha, Kukodisha ya Maisha	[] Ndiyo [] La	\$
Mali Isiyohamishika (zaidi ya nyumba yako)	[] Ndiyo [] La	\$
Mikopo, mkataba ya ardhi au muswada mengine ya kulipwa kwa wanakaya	[] Ndiyo [] La	\$
Dhamana ya akiba au fedha soko la fedha	[] Ndiyo [] La	\$
Hisa au mfuko wa pamoja	[] Ndiyo [] La	\$
**IRA, KEOGH, 401K, 403b au akaunti za fidia zilizoahirishwa	[] Ndiyo [] La	\$
**IRA/401K/403b Adhabu ya habari kwa uondoaji mapema		
Tarehe ulianza kuchangia/kushiriki katika IRA, 401K, 403b, KEOGH, au akaunti za fidia zilizoahirishwa	Tarehe:	
Bima ya Maisha (maisha yote)		\$
Mafao	[] Ndiyo [] La	\$
Magari, Malori, Mashua, Pikipiki, Magari mengine (Orodhesha kila kitu tofauti) Tafadhali toa aina, toleo, mwaka, na umbali kwa kila moja.	[] Ndiyo [] La [] Ndiyo [] La [] Ndiyo [] La [] Ndiyo [] La	\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
Hati za Amana (C.D.) au vyeti vya akiba	[] Ndiyo [] La	\$
Akiba ya Trust	[] Ndiyo [] La	\$
Je umelipa kwa ajili ya gharama za matibabu kinachozidi 7.5% ya mapato yako ya pato kubadilishwa mwaka huu?	[] Ndiyo [] La	
Viwanja vya mazishi	[] Ndiyo [] La	

KUTOA HATI

Ninathibitisha kwamba taarifa nilizozitoa katika maombi haya na nyaraka za kusaidia zilizoitishwa ni kweli na sahihi kwa ufahamu wangu. Nitaomba serikali, jimbo au ya mtaa misaada yoyote ambayo ninaweza kuwa na haki kunisaidia kulipia huduma yangu ya matibabu. Naelewa kwamba taarifa nilizotoa zinaweza kuthibitishwa na Hospitali ya Metro Health, na nimeidhinisha Hospitali ya Metro Health kuwasiliana na wahusika wengine ili kuthibitisha usahihi wa taarifa nilizozitoa. Ninaelewa kwamba, kama nimetoa kwa kujua taarifa isiyo sahihi au pungufu katika maombi haya, naweza kukosa msaada wa kifedha, msaada wowote wa kifedha uliotolewa kwangu unaweza kubadilishwa, na nitakuwa na nitagharamia malipo yote ya matibabu kwangu..

Saini ya Mwombaji _____ Tarehe ya Ombi _____

Maombi yako kamilifu na nyaraka za kusaidia zinaweza kuwasilishwa kwa:

- Kutuma vifaa kwa mkono kwa:
 - Mwakilishi wa Metro Health
 - Mshauri wa Kifedha au Keshia katika Mapokezi ya Hospitali ya Metro Health au Dawati yoyote ya Usajili ya mgojwa/Kujiandikisha.
- Kutuma vifaa kwa posta kwa Metro Health Hospital, Kwa: Customer Service, PO Box 913 Wyoming, MI 49509-0913
- Kutuma vifaa kwa barua pepe kwa CustomerService@metrogr.org.



KAULI MSAADA

Kama unaripoti mapato ya kila mwezi ya \$0, tafadhali ujaziwe Kauli Msaada na mtu (watu) wanaokusaidia na/au familia yako. Ikiwa sivyo, ruka sehemu hii.

Kauli Msaada

(Kukamilishwa na mtu anayetoa msaada kwa mwombaji)

Andika Jina Kamili: _____ # Simu (_____) _____

Anuani: _____
Mtaa Mji Jimbo Zip Code

Nambari ya Ruzuku ya Serikali: _____ Tarehe ya kuzaliwa: _____

Nimetambuliwa na mwombaji kama mtoaji wa msaada wa kifedha. Hapa chini ni orodha ya huduma au msaada ninayotoa kwa mwombaji.

Ninathibitisha na kuhakikisha kuwa maelezo yote hapo juu ni kweli na sahihi kwa ufahamu na imani yangu. Naelewa kwamba saini yangu haitanifanya niwajibike kwa gharama za matibabu ya mgonjwa.

Saini: _____

*** Tafadhali ambatisha uthibitisho wa makazi, kama vile nakala ya risiti ya huduma, iliyo na anwani yako ya sasa juu yake, tarehe yake ndani ya siku 60 kuanzia tarehe ya huduma ya hospitali.