

[MAOMBI YA SIRI YA USAIDIZI WA KIFEDHA]

[Kwa ajili ya Hospitali na huduma za Kitaalamu zinazotolewa na vituo na madaktari wa Trinity Health]

Ya Binafsi na Siri

Asante kwa kuchagua Saint Alphonsus Health System kama mtoa huduma wako wa afya. Tafadhali kamilisha ombi lililoambatishwa na urudishe kwenye anwani iliyo hapa chini ili kukamilisha tathmini ya usaidizi wako wa kifedha.

Ikiwa una maswali yoyote, tafadhali wasiliana na Kituo chetu cha Huduma kwa Wateja kwenye 800-494-5797, Jumatatu hadi Ijumaa kati ya saa tatu asubuhi hadi saa kumi na moja jioni (9:00 a.m. - 5:00 p.m.) ET.

Kwa dhati,

Huduma za Kifedha za Wagonjwa za Trinity Health Enterprise
Kwa niaba ya Saint Alphonsus Health System
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

[MAOMBI YA SIRI YA USAIDIZI WA KIFEDHA]

[Kwa ajili ya Hospitali na huduma za Kitaalamu zinazotolewa na vituo na madaktari wa Trinity Health]

[Tafadhali jaza na utie saini kwenye fomu ya maombi na urudishe ndani ya siku 10 ikiwemo nakala ya zifuatazo:]

[Uthibitishaji Unaohitajika]

- [Uthibitisho wa Mapato ya Jumla ya mwezi Mmoja uliopita]
- [Taarifa za Benki za miezi Miwili iliyopita za akaunti zote za benki, zikijumuisha kurasa zote (maelezo ya amana zinazorudiwa)]
- [Malipo ya Kodi ya Hivi Majuzi (fomu ya 1040 iliyo na Ratiba ya C, E au F) au Taarifa za Faida na Hasara za Miezi Mitatu (kwa waliojijiri/wategemezi)]

[Toa yafuatayo, Ikiwa inafaa]

- [W2 ya Hivi Majuzi ya Mapato ya Msimu] [Faida ya Kutoajiriwa/ Barua ya kunyimwa] [Mapato ya Usaidizi wa Mtoto/Masurufu]
- [Hakuna Mapato – Barua Kamili ya sehemu ya Usaidizi wa Kifedha ya maombi]

Taarifa ya Mgonjwa

[Jina la Mgonjwa]		[Tarehe ya Kuzaliwa]	
[Ruzuku ya Kijamii/Nambari ya EIN (hiari)]	[Simu ya Mkononi]	[Simu Nyingine]	
[Anwani ya Posta]	[Jiji]	[Jimbo]	[Msimbo wa ZIP]
[Anwani ya Barua Pepe]	[Wewe ni mkazi wa jimbo gani?]		
[Hali ya Ndoa] <input type="checkbox"/> [Sijaolewa] <input type="checkbox"/> [Nimeolewa] <input type="checkbox"/> [Nimetaliwiwa] <input type="checkbox"/> [Nyingine] _____			
[Je, unawasilisha Ripoti ya Kodi ya Shirikisho?] <input type="checkbox"/> [Ndiyo] <input type="checkbox"/> [Hapana] [Ikiwa hapana, kwa nini?]		[Je, unaweza kudaiwa kuwa mtegemezi wa mapato ya kodi ya mtu mwingine?] <input type="checkbox"/> [Ndiyo] <input type="checkbox"/> [Hapana]	
[Je, wewe au wategemezi wako mlikuwa na bima ya afya wakati wa huduma? <input type="checkbox"/> [Ndiyo] <input type="checkbox"/> [Hapana] [(Toa nakala ya kadi ya Bima)]			
[Je, wewe ni mkazi wa Marekani aliyethibitishwa? <input type="checkbox"/> [Ndiyo] <input type="checkbox"/> [Hapana] <input type="checkbox"/> [Nisingependelea Kujibu]			
[Wanakaya, ikiwemo wewe kulingana na Malipo yako ya Kodi ya hivi majuzi]	[Tarehe ya Kuzaliwa]	[Uhusiano na Mgonjwa]	[Malipo ya Kodi Yaliyodaiwa (Ndiyo/Hapana)]

[MAOMBI YA SIRI YA USAIDIZI WA KIFEDHA]

[Kwa ajili ya Hospitali na huduma za Kitaalamu zinazotolewa na vituo na madaktari wa Trinity Health]

[Uthibitishaji wa Mapato kwa wanakaya wote]					
[Chanzo cha Mapato ya Kila Mwezi]	[Nani hupokea hii?]	[Mapato ya Jumla ya Kila Mwezi (kabla ya kodi)]	[Chanzo cha Mapato ya Kila Mwezi]	[Nani hupokea hii?]	[Mapato ya Jumla ya Kila Mwezi (kabla ya kodi)]
[Mshahara]			[Fidia ya Mfanyakazi]		
[Ruzuku ya Kijamii/Ulemavu]			[Ukosefu wa Ajira]		
[Pensheni]			[Usaidizi wa Mtoto/Masurufu]		
[Kujiajiri]			[Mapato ya Ardhi ya Kukodisha]		
[Usaidizi wa Umma]			[Nyingine]		
[Barua ya Usaidizi wa Kifedha - Inapaswa kukamilishwa na mtu anayetoa usaidizi pekee]					
<input type="checkbox"/> [Ninatoa usaidizi wa zaidi ya 50% kwa gharama za maisha ya mgonjwa, lakini siwezi kusaidia kwa bili za matibabu.]					
<input type="checkbox"/> [Kwa kutia saini kwenye barua hii, ninathibitisha kwamba taarifa iliyo hapo juu ni sahihi na kwamba sitawajibishwa kwa njia yoyote kwa bili za mgonjwa. Ikiwa una maswali, tafadhali wasiliana nami kwenye _____ (Nambari ya Simu)]					
[Jina la mtu anayetoa usaidizi]				[Uhusiano na Mgonjwa]	
[Saini ya mtu anayetoa usaidizi]				[Tarehe]	

[UTHIBITISHAJI WA MAPATO NA UTAMBULISHO]

[MAOMBI YA SIRI YA USAIDIZI WA KIFEDHA]

[Kwa ajili ya Hospitali na huduma za Kitaalamu zinazotolewa na vituo na madaktari wa Trinity Health]

[Ninathibitisha kwamba taarifa iliyoorodheshwa kwenye maombi haya ni ya kweli na kamili kadiri ya ufahamu wangu. Ninaelewa kwamba taarifa iliyotolewa inaweza kuthibitishwa. Ninawajibika kwa ulipaji wa huduma zozote zinazotolewa katika washirika wa Trinity Health iwapo taarifa iliyo hapo juu imetolewa kwa kisingizio cha uwongo.]

[Saini ya Mgonjwa]: _____ [Tarehe]: _____

[Au Saini ya Mlezi Halali (Ikiwa Inafaa)]: _____ [Tarehe]: _____

[Uhusiano na Mgonjwa]: _____ [Tarehe]: _____

[Tafadhali tuma maombi yako kwenye anwani iliyo hapo juu, faksi kwenye 312-871-3350 na au pakia hati kupitia MyChart (Tovuti ya Mgonjwa) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Ikiwa una maswali, tafadhali wasiliana na Kituo chetu cha Huduma kwa Wateja kwenye 800-494-5797 Jumatatu hadi Ijumaa saa tatu asubuhi hadi saa kumi na moja jioni (9 a.m. -5 p.m.) ET.]