



OMBI LA USAIDIZI WA KIFEDHA

Simu: 417-269-0523 Springfield a 417-348-8930 Branson au 417-354-1118 Monett au 417-681-5100 Barton County

Barua pepe: FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com

Muhimu: HUENDA UNASTAHIKI KUPOKEA HUDUMA YENYE ADA ILIYOPUNGUZWA. Kujaza ombi hili kutaisaidia CoxHealth kubaini ikiwa unaweza kupokea huduma zilizopunguzwa bei au kama unastahiki katika mpango mwingine wa umma unaoweza kukusaidia kulipia huduma za afya.

IKIWA HUNA BIMA, HUTAKIWI KUWASILISHA NAMBA YA USALAMA WA JAMII ILI KUPATA HUDUMA ZENYE ADA ILIYOPUNGUZWA. Hata hivyo, Namba ya Huduma ya Jamii inatakiwa kwa baadhi ya mipango ya umma kama vile Medicaid. Si lazima utoe Namba ya Usalama wa Jamii lakini itasaidia hospitali kubaini ikiwa unastahiki katika mipango ya huduma kwa umma.

Tafadhali jaza fomu hii na uiwasilisihe kwa hospitali wewe binafsi au kwa kuituma:

CoxHealth

Kwa: Washauri wa Kifedha

S.L.P 650

Branson, MO 65615

Pepesi 417-335-7071

au kupitia barua pepe kwa FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com, ili uombe huduma yenye ada iliyopunguzwa ndani ya siku 240 tangu bili ya kwanza inapotolewa.

Mgonjwa anakiri kwamba amefanya juhudi za nia njema kutoa maelezo yote yanayotakikana kwenye ombi ili kusaidia hospitali kuamua kama mgonjwa anastahiki kupokea usaidizi wa kifedha.

TAARIFA ZA MGONJWA

Jina Mgonjwa	Tarehe ya Kuzaliwa	Namba ya Usalama wa Jamii wa Mgonjwa (Si Lazima)
Mgonjwa		Anayefaa Kulipa Bili
Ulikuwa mkazi wa Missouri wakati wa huduma? Ndiyo ____ Hapana ____		Jina
Mtaa		Mtaa
Jiji, Msimbo wa Jiji		Jiji, Msimbo wa Jiji
Simu: ()		Simu: ()
Barua pepe:		Barua pepe:

TAATIFA ZA AJIRA

Mwajiri wa Mgonjwa	Mwajiri wa Mume/Mke/Mwenza/Mlezi
Mtaa	Mtaa
Jiji, Msimbo wa Jiji	Jiji, Msimbo wa Jiji
Simu: ()	Simu: ()

TAARIFA NYINGINEZO

1. Je, mgonjwa alihusika katika ajali iliyomfanya atake kuhudumiwa?	Ndiyo ____ Hapana ____
2. Je, mgonjwa alihusika katika shambulizi la kihalifu lililofanya atake kuhudumiwa?	Ndiyo ____ Hapana ____
3. Kuna watu wangapi katika familia/kaya ya mgonjwa?	
4. Ni watu wangapi wanamtegemea* mgonjwa?	
5. Wanaomtegemea* ni wa umri gani?	
6. Je, wakati wa kupokea huduma au baadaye, mgonjwa alikuwa ametalikiwa au kutengana na mwezi wa ndoa au amehusika katika kesi ya ndoa?	Ndiyo ____ Hapana ____
7. Je, wakati wa kupokea huduma au baadaye, mgonjwa alikuwa anamategemea mzazi ambaye ametalikiwa au kutengana na mwezi wa ndoa au anahusika katika kesi ya ndoa?	Ndiyo ____ Hapana ____
8. Ikiwa jibu la maswali namba 6 au 7 ni "Ndiyo", kwa mujibu wa makubaliano ya talaka au kutengana, ni nani anawajibikia huduma za afya za mgonjwa?	
Jina: _____	Uhusiano: _____
Anwani: _____	Jiji, Jimbo, Msimbo: _____
Simu: () _____	

*Anamategemea ina maanisha mtoto ambaye hajatimiza umri wa utu uzima au mtu yeyote ambaye ameorodheshwa kuwa anamategemea mtu mwingine katika stakabadhi za kodi ya taifa.

ANDIKA ORODHA YA BIMA ZOTE ZINAZOHUSIKA NA MATIBABU YALIYOPOKELEWA KATIKA SEHEMU ILIYO HAPA CHINI

Aina ya Bima	Jina la Bima	Namba ya Bima	Jina la Kikundi
Bima ya Afya			
Medicare			
Punguzo la Medicare			
Medicaid			
Mafao ya Wanajeshi Wastaafu			

MAPATO NA MATUMIZI YA KILA MWEZI

Weka hati zifuatazo za Kuthibitisha Mapato:

A. Ripoti ya kodi ya taifa uliyojaza

B. Fomu ya majuzi ya W-2 na 1099

C. Stakabadhi mbili (2) za malipo

D. Hati ya kuthibitisha mapato kutoka kwa mwajiri – ikiwa huna ithibati ya kulipa kidi au fomu W-2

E. Thibitisho la kibali cha kutolipa (IRS Form 4506)

**	Mgonjwa	Mume/Mke/Mwenza	Mzazi/Mlezi
Jumla ya Mapato ya Mwezi			
Mpatoto ya Kujiajiri			
Usalama wa Jamii			
Manufaa ya Jamii kwa Wenye Ulemavu			
Manufaa ya Shirika Binafsi kwa Wenye Ulemavu			
Mwanajeshi Mstaafu mwenye Ulemavu			
Pensheni ya Mwanajeshi Mstaafu			
Kutokuwa na Ajira			
Malipo ya Majeraha Kazini			
Mapato ya Kustaafu			
Malipo ya Malezi			
Malipo au Usaidizi kwa Aliyekuwa Mchumba			
Usaidizi wa Muda kwa Familia Yenye Wenye Ulemavu (TANF)			
Nyingine, Andika			
GHARAMA	GHARAMA ZA KILA MWEZI		
Nyumba			
Matumizi (yaani, Simu, Gesi, Umeme, Maji)			
Chakula			
Malezi ya Watoto			
Usafiri			
Ada za Matibabu			
Gharama Nyinginezo			

**Jedwali lililo hapa juu si ya lazima kama unaomba usaidizi unaohusu matibabu ya kutolazwa pekee.

Thibitisho la Ombi la Missouri Health Net, Medicaid au Marketplace

Ikiwa umetuma ombi la Missouri Health Net, Medicaid na Marketplace na hujapokea jibu la ombi lako, tafadhali thibitisha tarehe na kaunti ya ombi lako hapa chini. Tafadhali iache tu ikiwa unatuma barua ya ombi lako kukataliwa.

Tarehe ya Ombi

Kaunti Ulikoomba

WEKA HATI NYINGINE MUHIMU YA MGONJWA INAYOHUSU HALI YA KUFEDHA YA MGONJWA

THIBITISHO: Ninathibitisha kwamba taarifa zilizo kwenye ombi hili ni ya kweli na sahihi kulingana na ufahamu wangu. Nitaomba usaidizi wowote wa taifa, jimbo au mtaa ili kunisaidia kulipia bili hii ya hospitali. Ninaelewa kwamba CoxHealth inaweza kuthibitisha maelezo ninayotoa na ninakubali ihusishe shirika jingine ili kuyakinisha usahihi wa maelezo katika ombi hili. Ninaelewa kwamba nikiwasilisha taarifa zisizo za kweli kwa kujua katika ombi hili sitaweza kupokea Usaidizi wa Kifedha, usaidizi wowote wa Kifedha niliopewa unaweza kubatilishwa na nitawajibikia kulipa bili.

Saini ya Mgonjwa/Mtu Mhusika:

Tarehe;