

## Maagizo ya Fomu ya Ombi la Huduma za Hisani/Msaada wa Kifedha

Hili ni ombi la msaada wa kifedha (pia linalojulikana kama huduma za hisani) hapa Swedish Health Services.

**Sheria ya serikali kuu na jimbo inahitaji hospitali zote kutoa msaada wa kifedha** kwa watu na familia zinazotimiza mahitaji fulani ya mapato. Huenda ukastahiki huduma ya bila malipo au huduma yenye punguzo kulingana na ukubwa na mapato ya familia yako, hata ikiwa una bima ya afya. Ili kuona sera yetu ya msaada wa kifedha na miongozo ya kipimo cha ubadilikaji, tafadhali nenda kwenye tovuti ya hospitali kutoka <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>.

**Je, msaada wa kifedha unashughulikia nini?** Msaada wa kifedha wa matibabu unashughulikia huduma za zinazohitajika kimatibabu ambazo zinatolewa na moja ya hospitali au kliniki zetu ndani ya familia yetu ya mashirika kutegemea na ustahiki wako. Huenda msaada wa kifedha usishughulikie gharama zote za huduma ya afya, ikiwa ni pamoja na huduma zinazotolewa na mashirika mengine.

**Ikiwa una maswali au unahitaji usaidizi wa kukamilisha ombi hili:** Sera zetu za msaada wa kifedha, taarifa kuhusu mipango na nyenzo za ombi zinapatikana kwenye tovuti yetu au kwenye simu. Unaweza kupata usaidizi kwa sababu yoyote, ikiwa ni pamoja na msaada wa ulemavu na lugha. Nyaraka zilizotafsiriwa zinapatikana ukituma ombi. Hii hapa jinsi ya kuwasiliana nasi: <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance> Wawakilishi wa Huduma kwa Wateja kupitia: 206-320-5300 au 877-406-0438

Jumatatu-Ijumaa saa 8 asubuhi hadi saa 6 jioni

Ili ombi lako lichakatwe, lazima:

- Utupe taarifa kuhusu familia yako**  
Jaza idadi ya wanafamilia walio katika nyumba yako (familia inajumuisha watu wanaohusiana kwa uzao, ndoa, au kuasili wanaoishi pamoja)
- Utupe taarifa kuhusu mapato ya kila mwezi ya familia yako kabla ya matozo (mapato kabla ya kodi na makato) ili kujumuisha hati za malipo, fomu za W-2, kodi ya mapato, barua za kupewa ruzuku ya serikali na taarifa ya mapato kutokana na rasilimali na utangaze na utoe hati za rasilimali.**<sup>1</sup> (angalia Sehemu ya Mapato ya ombi la msaada wa kifedha kwa mifano zaidi)
- Ambatisha taarifa za ziada zikihitajika**
- Tia sahihi na uandike tarehe kwenye fomu ya msaada wa kifedha**

**Kumbuka: Si lazima utoe nambari yako ya ruzuku ya serikali ili kutuma ombi la msaada wa kifedha.** Ukitupa nambari yako ya Ruzuku ya Serikali, nambari yako ya Ruzuku ya Serikali inaweza kutumiwa kukutambua wewe au kuthibitisha taarifa uzilotupa. Ikiwa huna nambari ya Ruzuku ya Serikali, tafadhali tia alama “haihusiki” au “NA.”

**Tuma ombi ulilokamilisha pamoja na hati zote kwa:** Swedish Medical Center, Attn: Corporate Business Office, 747 Broadway, Seattle, WA 98122 UNITED STATES OF AMERICA. Hakikisha kuwa umehifadhi nakala yako.

**Ili kuwasilisha ombi ulilokamilisha ana kwa ana:** Peleka kwenye Ofisi yako ya karibu ya Mshauri wa Kifedha wa Hospitali. Tutakuarifu kuhusu uamuzi wa mwisho wa ustahiki na haki za kukata rufaa, ikiwa inahitajika, kati ya siku 14 na 30 za kupokea ombi kamili la msaada wa kifedha, ikiwa ni pamoja na

<sup>1</sup> Providence itakusanya na kuzingatia taarifa zinazohusiana na rasilimali inavyohitajika na Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ili kutoa ripoti ya gharama ya Medicare, isipokuwa kama inavyoweza kupigwa marufuku na sheria ya jimbo.



nyaraka za mapato.

Kwa kuwasilisha ombi la msaada wa kifedha, unatupa idhini yako ya kufanya uchunguzi unaohitajika ili kuthibitisha majukumu na taarifa za kifedha.

**Tunataka kusaidia. Tafadhali wasilisha ombi lako mara moja. Unaweza kuendelea kupokea taarifa za bili hadi tupokee ombi lako kamili na nyaraka zinazohitajika isipokuwa sheria za huduma za hisani za jimbo zitupige marufuku.**



# SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

## Maagizo ya Fomu ya Ombi la Huduma za Hisani/Msaada wa Kifedha – ya siri

Tafadhali jaza taarifa zote kikamilifu. Ikiwa haihusiki, andika "NA." Ambatisha kurasa za ziada zikihitajika.

### TAARIFA ZA UCHUNGUZI

Je, unahitaji mkalimani?  **Ndiyo**  **Hapana** Ikiwa Ndiyo, orodhesha lugha unayopendelea:

Je, mgonjwa ametuma ombi la Medicaid?  **Ndiyo**  **Hapana** Je, mgonjwa ni Mlemavu wa Macho?  **Ndiyo**  **Hapana**  
Je, mgonjwa ni Mlemavu?  **Ndiyo**  **Hapana**

Je, mgonjwa anapokea huduma za umma za jimbo kama vile TANF, Basic Food, au WIC?  **Ndiyo**  **Hapana**

Je, mgonjwa hana makao kwa sasa?  **Ndiyo**  **Hapana**

Je, hitaji la huduma ya matibabu la mgonjwa linahusiana na ajali ya gari au jeraha la kazini?  **Ndiyo**  **Hapana**

### TAFADHALI KUMBUKA

- Hatuwezi kukupa hakikisho kwamba utastahiki msaada wa kifedha, hata ukituma ombi.
- Pindi unapotuma ombi lako, tutaangalia taarifa zote na huenda tukakuomba taarifa zaidi au ithibati ya mapato.
- Tutakuarifu kuhusu uamuzi ndani ya siku 14-30 baada ya kupokea ombi na nyaraka zako kamili.

### TAARIFA ZA MGONJWA NA MWOMBAJI

Jina la kwanza la mgonjwa	Jina la kati la mgonjwa	Jina la mwisho la mgonjwa
<input type="checkbox"/> Kiume <input type="checkbox"/> Kike <input type="checkbox"/> Nyingine (unaweza kubainisha __)	Tarehe ya Kuzaliwa	Nambari ya Ruzuku ya Serikali ya Mgonjwa (si lazima)
Mtu Anayelipia Bili	Uhusiano na Mgonjwa	Tarehe ya Kuzaliwa
Anwani ya Barua	Nambari ya Ruzuku ya Serikali (si lazima)	
_____	( ) _____	
_____	( ) _____	
	Anwani ya Barua pepe:	
	_____	
Mji	Jimbo	Msimbo wa Eneo

Hali ya ajira ya mtu anayelipia bili

**Ameajiriwa** (tarehe ya kuajiriwa): \_\_\_\_\_  **Hajaajiriwa** (muda wa kutoajiriwa): \_\_\_\_\_

**Amejajiri**  **Mwanafunzi**  **Mlemavu**  **Mstaafu**  **Nyingine** \_\_\_\_\_



# SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

## TAARIFA ZA FAMILIA

Orodhesha wanafamilia walio katika nyumba yako, na wewe pia. "Familia" inajumuisha watu wanaohusiana kwa uzao, ndoa, au kuasili ambao wanaishi pamoja.

### UKUBWA WA FAMILIA

*Ambatisha ukurasa wa ziada ikihitajika*

Jina	Tarehe ya Kuzaliwa	Uhusiano na Mgonjwa	Ikiwa una zaidi ya miaka 18 au zaidi: Jina la mwajiri au chanzo cha mapato	Ikiwa una zaidi ya miaka 18 au zaidi: Jumla ya mapato ya kila mwezi (kabla ya kodi):	Je, unatuma ombi la msaada wa kifedha?
					Ndiyo / Hapana
					Ndiyo / Hapana
					Ndiyo / Hapana
					Ndiyo / Hapana

**Lazima mapato ya wanafamilia wote ambao ni watu wazima yafichuliwe. Vyanzo vya mapato ni pamoja na, kwa mfano:**

Mishahara- Kukosa ajira-ajira-Fidia ya wafanyakazi-Ulemavu-SSI-Kukimu mahitaji ya mtoto/mwanandoa-Mipango ya mafunzo ya kazi (wanafunzi)- Mapato yanayotokana na rasilimali kwa mfano-hisa, dhamana, IRA, mifuko ya pamoja, mapato ya kupangisha, n.k.

**Maagizo ya Fomu ya Ombi la Huduma za Hisani/Msaada wa Kifedha – ya siri**

**TAARIFA ZA MAPATO**

***KUMBUKA:** Lazima ujumuisha ithibati ya mapato pamoja na ombi lako.*

**Lazima utoe taarifa kuhusu mapato ya familia yako. Uthibitishaji wa mapato unahitajika ili kuamua msaada wa kifedha. Wanafamilia wote walio na zaidi ya miaka 18 au zaidi lazima wafichue mapato yao. Ikiwa huwezi kutoa nyaraka, unaweza kuwasilisha taarifa ya maandishi iliyotiwa sahihi ikielezea mapato yako. Tafadhali toa ithibati ya kila chanzo cha mapato kilichotambuliwa.**

**Mifano ya ithibati ya mapato ni pamoja na:**

- Taarifa ya zuio la "W-2"; au
- Hati za malipo za sasa (*miezi 3*); au
- Kodi ya mapato ya mwaka jana, ikiwa ni pamoja na ratiba ikiwezekana; au
- Taarifa za maandishi zilizotiwa sahihi kutoka kwa waajiri na wengine; au
- Taarifa za mapato yanayotokana na rasilimali (hisa, dhamana, IRA, mifuko ya pamoja, nk.); au
- Idhini/ukataaji wa ustahiki wa fidia ya kutokuwa na ajira.

Ikiwa huna ithibati ya mapato au huna mapato, tafadhali ambatisha ukurasa wa ziada ulio na ufafanuzi.

**TAARIFA ZA GHARAMA**

*Tunatumia taarifa hizi kupata taswira kamili zaidi ya hali yako ya kifedha.*

Gharama za Maisha ya Msingi za Kila Mwezi:

Kodi/mkopo wa nyumba \$ \_\_\_\_\_ Gharama za matibabu \$ \_\_\_\_\_  
 Malipo ya Bima ya Matibabu \$ \_\_\_\_\_ Huduma za Msingi \$ \_\_\_\_\_  
 Deni/Gharama Nyingine \$ \_\_\_\_\_ (*kukimu mahitaji ya mtoto, mikopo, dawa, nyingine*)

**TAARIFA ZA RASILIMALI**

*Taarifa hizi zinaweza kutumika tu kwa mujibu wa sera yetu na kanuni za Jimbo ambazo ulipokea huduma na zinakusanywa na kuzingatiwa inavyohitajika na Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) kwa ajili ya kuripoti gharama ya Medicare.*

Salio la sasa la akaunti ya hundi  
\$ \_\_\_\_\_  
 Salio la sasa la akaunti ya akiba  
\$ \_\_\_\_\_

Je, familia yako ina rasilimali hizi nyingine? **Tafadhali teua zote zinazohusika**

- Hisa    Dhamana    401K    Akaunti za Akiba ya Afya    Amana  
 Jengo (isipokuwa makazi ya msingi)    Miliki biashara

**TAARIFA ZA ZIADA**

Tafadhali ambatisha ukurasa wa ziada ikiwa kuna taarifa nyingine kuhusu hali yako ya kifedha ya sasa ambayo ungependa tujue, kama vile taabu za kifedha, gharama za ziada za matibabu, mapato ya msimu au ya muda mfupi, au hasara binafsi.

**MAKUBALIANO YA MGONJWA**

Ninaelewa kwamba Swedish Health Services inaweza kuthibitisha taarifa kwa kupitia taarifa za mikopo na kuchukua taarifa kutoka kwenye vyanzo vingine ili kusaidia kuamua ustahiki wa msaada wa kifedha au mipango ya malipo.

Ninathibitisha taarifa zilizo hapo juu ni za kweli na sahihi kadri ya ufahamu wangu. Ninaelewa ikiwa taarifa za kifedha ninazotoa zitasemekana kuwa za uwongo, matokeo yanaweza kuwa kunyimwa msaada wa kifedha na ninaweza kuwajibika na kutarajiwa kulipia huduma zilizotolewa.

\_\_\_\_\_

Sahihi ya Mtu Anayetuma Ombi

\_\_\_\_\_

Tarehe



**SWEDISH**

Extraordinary **care**. Extraordinary **caring**.™