

Ombi la Usaidizi wa Kifedha				
Tafadhali chagua eneo la huduma (tafadhali chagua yote yanayofaa)				
<input type="checkbox"/> Central Vermont Medical Center		<input type="checkbox"/> Porter Medical Center		<input type="checkbox"/> UVM Medical Center
Mkuu wa Familia/Taarifa ya Mdhadini wa Kifedha				
Mkuu wa Familia	Tarehe ya Kuzaliwa	Nambari ya Rukuzu ya Serikali #	Hali ya Ndoa	Nambari ya Simu
Anwani		Jiji	Jimbo	Msimbo wa Posta
Wanafamilia				
Orodha ya wanafamilia wote wanaoishi katika familia yako ikiwa ni pamoja na mpenzi wa nyumbani. Mpenzi wa nyumbani inamaanisha mtu anayeishi nawe katika uhusiano wa ahadi/ndani.				
Jina	Tarehe ya Kuzaliwa	Nambari ya Rukuzu ya Serikali #	Uhusiano	
Taarifa za Ziada				
Je, unafidiwa kulingana na hati yoyote ya bima ya afya? Ikiwa ndiyo, toa taarifa hapa chini:			<input type="checkbox"/> Ndiyo	<input type="checkbox"/> Hapana
Jina la Kampuni ya Bima:	Nambari ya Kitambulisho #:			
Je, umetuma ombi la bima ya Vermont au New York Medicaid?			<input type="checkbox"/> Ndiyo	<input type="checkbox"/> Hapana
Je, umetuma ombi la bima ya Vermont au New York Health Exchange?			<input type="checkbox"/> Ndiyo	<input type="checkbox"/> Hapana
Je, unaishi, kufanya kazi, au kuenda shuleni Vermont?			<input type="checkbox"/> Ndiyo	<input type="checkbox"/> Hapana
Gharama za Kila Mwezi				
Tunatumia taarifa hizi kuelewa vyema hali yako ya kifedha				
Kodi ya Nyumba au Mkopo wa Nyumba	\$:	Dawa	\$:	
Kodi ya Jengo	\$:	Bima ya Afya	\$:	
Huduma za Msingi (maji/umeme)	\$:	Bili za Huduma za Afya	\$:	
Gari (malipo ya gari)	\$:	Bima (Gari/Jengo)	\$:	
Malezi ya Watoto	\$:	Masurufu/Msaada wa Kumkimu Mtoto	\$:	
Maisha (chakula/gesi)	\$:	Nyingine	\$:	
Tafadhali ambatisha ukurasa wa ziada ikiwa kuna taarifa nyingine yoyote kuhusu hali yako ya sasa ya kifedha ambayo ungependa kutufahamisha. Kama vile changamoto ya kulipa bili, kodi ya nyumba, au chakula.				
Ajira				
	Mkuu wa Familia/Mdhadini wa Kifedha		Mwanandoa/Mpenzi wa Nyumbani	
Mwajiri au chora duara ikiwa: (mstaafu/mwanafunzi/huna ajira)	\$:		\$:	
Mapato ya Kila Mwezi				
Mshahara Kabla ya Makato	\$:		\$:	
Mapato ya Kujajiri	\$:		\$:	
Ruzuku ya Serikali	\$:		\$:	
Pensheni/Mgao wa Kustaafu	\$:		\$:	
Ulemavu (bila VA)	\$:		\$:	
Kukosa Ajira	\$:		\$:	
Mapato ya Kodi ya Nyumba	\$:		\$:	
Mapato ya Gawio	\$:		\$:	
Mapato Mengine:	\$:		\$:	
Endelea na ombi kwenye upande wa nyuma				
Mali				
Pesa/Akiba/Uwekezaji				
	Mkuu wa Familia/Mdhadini wa Kifedha		Mwanandoa/Mpenzi wa Nyumbani	
Hundi	\$:		\$:	
Akiba	\$:		\$:	
CD	\$:		\$:	
Hisa/Mifuko ya Ubia	\$:		\$:	
Dhamana	\$:		\$:	
Masurufu	\$:		\$:	
Soko la Fedha	\$:		\$:	

Akaunti ya Amana	\$:	\$:
Nyingine:	\$:	\$:
<b>Jengo la Ziada</b> (Hajjumuishi makazi yako ya msingi)		
	<b>Thamani</b>	<b>Salio la Mkopo wa Nyumba</b>
Nyumba ya Likizo/ya Pili	\$:	\$:
Ardhi	\$:	\$:
Jengo la Kukodisha	\$:	\$:
<b>Nyaraka Zinazohitajika</b> (zinahitajika ili kushughulikia ombi)		
<b>Nyaraka za mapato zinahitajika ikiwa zinahusika</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kodi ya Mapato ya Serikali Kuu ya hivi majuzi</li> <li>• Taarifa ya Faida na Hasara</li> <li>• Hati mbili za mishahara ya hivi majuzi</li> <li>• Barua ya Uthibitishaji wa Fidia ya Ruzuku ya Serikali</li> <li>• Uthibitishaji wa maandishi wa mapato kutoka kwa mwajiri</li> </ul>		<b>Nyaraka za mali zinahitajika ikiwa zinahusika</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taarifa za Benki</li> <li>• Taarifa za Akaunti za Uwekezaji</li> <li>• Taarifa za Dhamana</li> <li>• Bili ya Kodi ya Jengo Mbadala</li> <li>• Taarifa ya Mkopo wa Jengo Mbadala</li> </ul>
<b>Tafadhali Soma kwa Makini</b>		
<p>Ninaomba usaidizi wa kifedha kutoka kwa wabia wa Vermont wa University of Vermont Health Network. Ninahitaji kwamba taarifa zote ambazo nimetoa ni sahihi na kamili. University of Vermont Health Network ina ruhusa yangu ya kufuatilia uthibitishaji wa taarifa muhimu na kubadilishana taarifa kuhusu akaunti, ombi na nyaraka zangu za uthibitishaji na watoa huduma wake wanaoshirikiana. Taarifa yoyote ambayo si sahihi, kamili au ya uongo iliyoolewa inaweza kughairi ombi langu la usaidizi wa kifedha. Ninakubali kulipia uamuzi wa usaidizi wa kifedha nikipokea malipo ya aina yoyote kwa ajili ya huduma za matibabu zinazofidiwa na ombi hii la usaidizi wa kifedha. University of Vermont Health Network imeidhinishwa kufikia faili na ripoti za shirika la mikopo, sasa na siku zijazo kwa madhumuni ya ukusanyaji. Idhini hii inatolewa kulingana na Title 9, Sec.2480e ya Sheria za VT. Taarifa zote zilizotolewa zitasalia kuwa za siri chini ya vipengele vya kanuni za serikali kuu za HIPAA.</p>		
<b>Sahihi ya Mkuu wa Familia/Mdhamini wa Kifedha</b>		<b>Tarehe</b>

Maoni/taarifa za ziada ambazo ungependa kushiriki...

Tafadhali tuma ombi lako ulilokamilisha kwa mshirika wa UVMHN abapo unapokea huduma yako kimsingi. Tafadhali hakikisha kuwa umeambatisha nyaraka zinazohitajika kwenye ombi.

Central Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
PO Box 547  
Barre, VT 05641  
Faksi # 802-371-5339

Porter Medical Center  
Patient Financial Services Dept  
115 Porter Drive  
Middlebury, VT 05753  
Faksi # 802-355-5696

University of Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
Patient Access Department IDX 22052  
111 Colchester Avenue  
Burlington, VT 05401  
Faksi # 802-847-7618