



Tafadhali kamilisha, uweke saini, na urudishe fomu hii ya maombi pamoja na hati zifuatazo zinazohitajika:

- **Mapato (Ikiwa ni pamoja na hati zote zifuatazo unazopokea sasa):**
 - Nakala za hati 2 za mwisho za malipo au nakala ya fomu ya W-2 kutoka mwaka huu wa kodi ikijumuisha mgonjwa, mume/mke wa mgonjwa na/au mdhamini wa mgonjwa (wazazi/walezi wa kisheria wa watoto walio chini ya miaka 18) wanaoishi katika kaya hiyo.
 - Ikiwa umejajiri, nakala ya fomu yako ya sasa ya 1040 ya Ushuru Unaolipwa kwa Serikali ya Taifa.
 - Hati za malipo kutoka kwa mpango wa Usalama wa Jamii/Usalama wa Jamii kwa Walemavu au mapato mengine yoyote ya ziada katika kaya.
- **Nakala ya Bili ya Rehani/Kodi, au nakala ya taarifa ya Ushuru wa Umiliki wa Mali ikiwa makazi hayalipiwi rehani tena.**
- **Ikiwa uliwasilisha ombi la Bima ya Matibabu, nakala ya barua yako ya idhini au kukataliwa kwa ombi lako.**

Iwapo huwezi kutoa hati zozote zinazohitajika hapo juu, tafadhali jaza fomu ya FAF 116, ukurasa wa 3 hapa chini.

Taarifa za Mgonjwa

Jina la Mwisho:	La Kwanza:	Herufi ya Kwanza ya Jina la Kati:
Namba ya Usalama wa Jamii:	Tarehe ya Kuzaliwa:	

Mdhamini (Mzazi au Mlezi Halali, au Hati ya Kisheria ya Uteuzi wa Mwakilishi) Ikiwa zinalingana na Mgonjwa ruka hadi Sehemu ya II; kamilisha nyanja zote.

Jina la Mwisho:	La Kwanza:	Herufi ya Kwanza ya Jina la Kati:
Namba ya Usalama wa Jamii:	Tarehe ya Kuzaliwa:	Uhusiano na Mgonjwa:

Sehemu ya II (Taarifa za Mgonjwa/Mdhamini)

Anwani ya Mtaa:	Nyumba:	
Mji:	Jimbo:	Msimbo wa Posta:
Simu ya Nyumbani: ()	Simu ya Mkononi: ()	Hali ya Ndoa:
Jina na Anwani ya Mwajiri:		
Mapato ya Jumla ya Mwezi: \$	Mapato ya Mwezi Baada ya Makato: \$	
Cheo:	Urefu wa Ajira ya Sasa:	
Je, wewe ni Mkazi Halali wa Marekani: Ndiyo <input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/>		

Mume/Mke

Jina la Mwisho:	La Kwanza:	Herufi ya Kwanza ya Jina la Kati:
Jina/Anwani ya Mwajiri:	Namba ya Simu:	
Cheo:	Urefu wa Ajira:	
Mapato ya Jumla ya Mwezi: \$	Mapato ya Mwezi Baada ya Makato: \$	

Taarifa za Kaya (Majina na Tarehe za Kuzaliwa za watu wote katika kaya, isipokuwa wewe au mume/mke)

Jina:	Tarehe ya Kuzaliwa:	Uhusiano na Mgonjwa:
Jina:	Tarehe ya Kuzaliwa:	Uhusiano na Mgonjwa:
Jina:	Tarehe ya Kuzaliwa:	Uhusiano na Mgonjwa:
Jina:	Tarehe ya Kuzaliwa:	Uhusiano na Mgonjwa:
Jina:	Tarehe ya Kuzaliwa:	Uhusiano na Mgonjwa:

Mapato ya Ziada Katika Kaya

Salio la Akaunti ya Pesa za Matumizi:	Msaada wa Kila Mwezi kwa Ajili ya Ukosefu wa Ajira:
Salio la Akaunti ya Akiba:	Msaada wa Kila Mwezi kutoka kwa Usalama wa Jamii:
Msaada wa Umma/ Vocha za Chakula:	Fidia ya Kila Mwezi kwa Wafanyakazi Waliojeruhiwa au Kuugua Kutokana na Kazi:
Kiasi cha Pensheni ya Kila Mwezi/Mwaka:	Mengine Yoyote:

Rehani/Kodi (Nakala ya Malipo ya Rehani/Kodi inahitajika)

Malipo ya Rehani/Kodi:	
------------------------	--

Taarifa ya Bima ya Afya (Nakala ya Barua ya Kuidhinishwa au Kukataliwa kwa Ombi la Bima ya Matibabu Inahitajika)

Jina la Kampuni:	Tarehe ya Kuanza Kutumika:
Je, umetuma ombi la Bima ya Matibabu: Ndiyo <input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/>	Lini:
Wapi:	Jina na namba ya simu ya Afisa wa Huduma za Jamii:
Matokeo/Sababu ya Kukataliwa:	

Taarifa za Ulemavu

Je, Mgonjwa ni Mlemavu: Ndiyo <input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/>	Urefu wa Ulemavu:
Jina la Daktari:	Namba ya Simu ya Daktari:

Dhima ya Wahusika wa Tatu (Ajali ya Gari, Fidha kwa Wafanyakazi Waliojeruhiwa au Kuugua Kutokana na Kazi, Jeraha la Mwili, au madai mengine ya kisheria)

Majeraha/Magonjwa yaliyotokana na Ajali ya Gari	Ndiyo <input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/>	Tarehe ya Tukio:
Majeraha/Magonjwa yaliyotokea unakofanyia kazi?	Ndiyo <input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/>	Tarehe ya Tukio:
Majeraha/Magonjwa yanatokana na Uhalifu?	Ndiyo <input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/>	Tarehe ya Tukio:
Majeraha/Magonjwa yanayosababisha kuchukuliwa kwa hatua za kisheria?	Ndiyo <input type="checkbox"/> La <input type="checkbox"/>	Tarehe ya Tukio:

Madai ya Dhima ya Wahusika wa Tatu hayastahiki kupata Msaada wa Kifedha hadi njia zote za malipo zitakapotumika. Kukosa kutoa taarifa zinazohusu dai la dhima ya mhusika wowote wa tatu kutamfanya mgonjwa kutostahiki kupata Usaidizi wa Kifedha.

Ninakiri kwamba nimekagua ombi hili na kwa ufahamu wangu, taarifa zote zilizomo au zilizotolewa kwa UMMS na idara zake ni za kweli, sahihi, na kamili. Ninaelewa kuwa kutoa taarifa zisizo sahihi kunaweza kughairi usaidizi wowote wa kifedha ambao ninaweza kupokea na kwamba hilo litafanya niwajibikie gharama zote za matibabu. Kwa kutia saini na kuwasilisha ombi hili, ninaipa UMMS, na idara zake ruhusa ya kubaini mahitaji yangu wa usaidizi wa kifedha; pamoja na kukagua faili yangu ya mikopo. Pia ninapatia UMMS ruhusa ya kutoa taarifa hizi kwa University Physicians Inc. kwa madhumuni ya kutathmini hali yangu ya kifedha ili kunipa usaidizi wa kulipia bili zangu za huduma za daktari. Ninaelewa kuwa ni wajibu wangu kujulisha UMMS kuhusu mabadiliko yoyote kuhusiana na mapato au mali yangu wakati ombi hili linashughulikiwa.

Saini ya Mgonjwa/Mdhamini (inahitajika)

Tarehe

Saini ya Mume/Mke (inahitajika)

Tarehe

Ikiwa una maswali yoyote au unahitaji usaidizi wa kukamilisha ombi hili, tafadhali piga simu kwa Idara ya Usaidizi wa Kifedha kupitia (410) 821-4140, mkondo wa 2003, Jumatatu hadi Ijumaa, 8:00am - 4:30pm.
Unaweza kutuma ombi hili pamoja na hati zinazohitajika kwa njia ya barua, barua pepe, au faksi kwa:

Barua: UMMS
11311 McCormick Road, Suite 230
Hunt Valley, MD 21031
Barua pepe: CBOService@umm.edu
Faksi: 410-630-5341

Uthibitishaji wa Taarifa ya Machaguo ya Matibabu ya Kudumisha Maisha, Hali ya Kifedha na Mapato

Fomu hii itahitaji kukamilishwa na mwombaji wa Usaidizi wa Kifedha ambaye:

- Hupokea usaidizi wa chakula na/au makazi
- Kwa sasa hana ajira
- Bili za hospitali zilizotokana na majeraha ya ajali ya gari, fidia ya wafanyakazi waliojeruhiwa au kuugua kutokana na kazi, majeraha ya mwili, au dai lingine la dhima ya mhusika wa tatu

Taarifa za Mgonjwa:

Jina: _____ Tarehe: _____
Namba ya Simu: _____ Namba ya Simu ya Mkononi: _____
Tarehe ya Kuzaliwa: _____ Saini ya Mgonjwa: _____

Ikiwa unapokea msaada wa chakula na makazi, kamilisha yafuatayo:

Nimekuwa nikipokea msaada kutoka kwa _____, ambaye amekuwa akinisaidia kwa chakula na makazi. Uhusiano na mgonjwa: _____.

(Chagua moja)

_____ Kutoa makazi na chakula bila malipo

_____ Nimekuwa nikilipa \$ _____ kila mwezi kwa ajili ya makazi na chakula

_____ Lingine, tafadhali eleza hapa chini:

Kama huna ajira na hupati mapato, kamilisha yafuatayo:

(Chagua moja) _____ sijakuwa na ajira tangu ___/___/___ na nimekuwa nikipokea msaada wa chakula na makazi kulingana na maelezo yaliyo hapo juu. Una tarehe unayotarajiwa kurudi kazini? _____

_____ sijakuwa na ajira tangu ___/___/___ na ninalipia gharama za maisha kwa pesa za akiba au mali nyinginezo za kifedha.

Tafadhali eleza kwa undani: _____

Una tarehe unayotarajiwa kurudi kazini? _____

Kwa nini hupati mafao ya wasio na ajira?

(Chagua moja) _____ Muda wa Kustahiki Umeisha - Mgonjwa amemaliza mafao yote yanayostahiki ya ukosefu wa ajira.

_____ Hastahiki, sababu: _____

Ikiwa una dai la dhima ya mtu wa tatu (Ajali ya gari, fidia ya wafanyakazi waliojeruhiwa au kuugua kutokana na kazi, jeraha la mwili) kamilisha yafuatayo:

Wakili: Jina: _____
Anwani: _____
Namba ya Simu: _____

Kampuni ya Bima: Jina: _____
Anwani: _____
Namba ya Simu: _____

Tarehe Inayotarajiwa ya Malipo: _____ / _____ / _____