

4. Bima ya Afya:

Je unagharamiwa na sera yoyote ya bima ya afya, ikiwa ni pamoja na Medicare au Medicaid, au kugharamiwa kutoka nchi ya kigeni? NDIYO HAPANA

Ikiwa **ndiyo**, tafadhali ambatisha nakala ya upande wa mbele na nyuma ya kadi yako ya bima kwenye fomu hii ya kujiandikisha au uweke maelezo yafuatayo:

Mmiliki wa Sera:	Mtoa bima:	Nambari ya Sera.:
Mmiliki wa Sera:	Mtoa bima:	Nambari ya Sera.:

5. Tafadhali soma kwa umakini kabla ya kutia sahihi:

Kwa kutia sahihi hapa chini, ninathibitisha kwamba kila kitu nilichotaja kwenye fomu hii ya kujisajili na kiambatisho chochote ni ya kweli.

Ninaelewa kwamba taarifa zozote ambazo si sahihi, si kamili au ni za uwongo kwenye fomu hii zinaweza kusababisha ombi langu la usaidizi wa kifedha likataliwe.

Ninaipa Yale New Haven Health ruhusa ya kuthibitisha taarifa zote.

Ninaipa Yale New Haven Health ruhusa ya kuomba ripoti yangu ya mikopo.

Ninakubali kulipa kiasi kamili cha zawadi yangu ya usaidizi wa kifedha iwapo nitapokea malipo ya aina yoyote, ikiwa ni pamoja na malipo yanayotokana na mashtaka, kwa ajili ya huduma zinazosimamiwa na fomu hii ya kujiandikisha.

Ninakubali kuifahamisha Yale New Haven Health kuhusu mabadiliko yoyote yanayoweza kubadilisha hali yangu ya kustahiki kupokea usaidizi wa kifedha.

Ninaelewa kuwa kwa uhusiano na ombi langu la kujiandikisha kwa ajili ya usaidizi wa kifedha, huenda Yale New Haven Health ikahitaji kufumbua Taarifa za Afya Zilizolindwa (kama istilahi hiyo ilivyofafanuliwa katika Sheria ya Faragha ya HIPAA, 42 CFR Sehemu ya 160 hadi 164) zinazonihusu ili kubainisha kama ninastahiki.

Ninaelewa kuwa ufumbuzi wowote wa aina hiyo utakuwa kwa madhumuni ya malipo, kama ilivyoelezwa katika Sheria ya Faragha ya HIPAA.

Sahihi ya mtu anayejiandikisha au mlezi aliyeruhusiwa kisheria

Tarehe

Jina lililochapishwa la mtu anayejiandikisha au mlezi aliyeruhusiwa kisheria

Kumbuka kuambatisha ushahidi wa mapato au barua ya usaidizi unaopokea, pamoja na fomu yako ya kujiandikisha kwa ajili ya usaidizi wa kifedha.

Tuma barua ya Fomu iliyokamilishwa kwa:

Yale New Haven Health
SBO, Attn: Financial Assistance
PO BOX 1403,
New Haven, CT 06505