

## Aplikim konfidencial për asistencë financiare

**Udhëzime:** Plotësoni aplikimin, kthejeni brenda 10 ditësh dhe bashkëngjitni kopje të:

- |   |   |
|---|---|
| _____ Deklaratës tatimore më të fundit                    | _____ Pasqyrave aktuale për të gjitha investimet                  |
| _____ Deklarata bankare të plota për tre muaj             | _____ Vërtetim të ardhurash për tre muaj (mandate pagesash, etj.) |
| _____ Përcaktim/refuzim për Medicaid, nëse është aplikuar | _____ Nëse nuk ka të ardhura, një letër nga pala që ofron ndihmë  |

Informacione të pacientit			
Emri (Mbiemri, emri, iniciali i emrit të mesëm)		Datëlindja	
Adresa			
Telefoni kryesor ( ) ( )	Telefoni dytësor ( ) ( )	Sigurimet shoqërore/EIN	
Gjendja martesore <input type="checkbox"/> Beqar <input type="checkbox"/> I martuar <input type="checkbox"/> I divorcuar <input type="checkbox"/> Tjetër _____		A jeni një rezident me dokumente të rregullta në Shtetet e Bashkuara? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	
A paraqitni një Deklaratë Tatimore Federale (Federal Tax Return)? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo Nëse jo, pse? _____		Kush është përpiluesi kryesor? <input type="checkbox"/> Vetë <input type="checkbox"/> Bashkëshorti/ja <input type="checkbox"/> Tjetër: _____	
Punëdhënësi		A keni siguracion shëndetësor ose ndonjë mbulim tjetër në kohën e shërbimit tuaj? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	
Informacione për familjen (Rendit të gjithë personat që jetojnë në familjen tuaj)			
Emri i pjesëtarit të familjes	Datëlindja	Lidhja	A është listuar ky person në Deklaratën Tatimore Federale (Federal Tax Return)?
1.			<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
2.			<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
3.			<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
4.			<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
5.			<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo
Çdo pjesëtar tjetër i familjes mund të paraqitet në letër shtesë.			
Shpenzimet (Rendit shpenzimet mujore për të gjithë pjesëtarët e familjes) Kjo pjesë nuk nevojitet për NHSC ose MSLRP Clinics			
Pagesë/Qira për shtëpi/Qira për truall	Taksa për pronën (Vit)	Siguracion për shtëpinë/qiranë	
Pagesë makine	Siguracion makine	Karburant (automjet)	
Telefon	Utilitete të përgjithshme	Ushqime	
Kujdes/asistencë për fëmijë	Shkollim	Tjetër:	
Siguracion/shpenzime për shëndetin	Siguracion për jetën	Tjetër:	

Vetëm për përdorim të brendshëm	MRN
---------------------------------	-----

Të ardhurat (Rendit të ardhurat për të gjithë pjesëtarët e familjes)					
Burimi i të ardhurave mujore	Kush e merr këtë?	Të ardhurat mujore bruto	Burimi i të ardhurave mujore	Kush e merr këtë?	Të ardhurat mujore bruto
Pagat (pacienti)			Sigurimet shoqërore (pacienti)		
Pagat (shtesë)			Sigurimet shoqërore (shtesë)		
Vetë-punësim			Investime/Interesa		
Pension/Dividentë			Ndihmë për fëmijë/ndihma ushqimore		
Bakshishe/ Komision			Të ardhura fisnore		
Papunë			Të ardhura prej qirave/kontratave për truall		
Kompensim i punëtorit			Të ardhurat e asistencës publike		
Aftësi të kufizuara			Tjetër:		
Pasuritë familjare (Rendit pasuritë për të gjithë pjesëtarët e familjes) Kjo pjesë nuk nevojitet për NHSC ose MSLRP Clinics					
Burimi i pasurive	Pasuria e kujt është kjo?	Vlera aktuale e pasurisë	Burimi i pasurive	Pasuria e kujt është kjo?	Vlera aktuale e pasurisë
Llogari rrjedhëse			Vlera e pronës (shtëpi)		
Llogari rrjedhëse #2			Vlera e pronës #2		
Llogari kursimi			Vlera e automjetit (kryesor)		
Llogari kursimi #2			Vlera e automjetit #2		
CD-të/ Tregu i parave			Motoçikletë/ATV/Varkë/Trajler		
401k/403B/IRA/Pension			Siguracion për jetën (Vlera e dorëzimit)		
Aksione/ Bono/ Pension vjetor			Fond mirëbesimi		
HSA/FSA			Shërbime pagesash mobile/virtuale		
Tjetër:			Tjetër:		

E kuptoj se informacionit të paraqitur lidhur me të ardhurat e mia vjetore, madhësinë e familjes dhe pasuritë i bëhen verifikime. Gjithashtu e kuptoj se nëse informacioni i paraqitur del se është i rremë, kjo do të sjellë refuzim të aplikimit, dhe bilanci i llogarisë që duhet paguar do të jetë përgjegjësia ime.

Nëse keni pyetje ose keni nevojë për ndihmë me plotësimin e këtij aplikimi, ju lutemi të na kontaktoni me telefon në 877.687.7309 ose na shkruani email në [EastFinancialCounseling@corewellhealth.org](mailto:EastFinancialCounseling@corewellhealth.org).

\_\_\_\_\_

Aplikuesi

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Bashkëshorti/ja

\_\_\_\_\_

Data