

UMASS MEMORIAL HEALTH
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

APLIKATA E PROGRAMIT TË NDIHMËS
FINANCIARE
UDHËZIME PËR TË PLOTËSUAR APLIKIMIN

UMass Memorial Health UMass Memorial Medical Group - Vendndodhja: _____

1. Informacioni i pacientit

Shënoni emrin e plotë, adresën dhe informacionin e kontaktit për personin që kërkon ndihmë.

Emri: _____
Mbiemri _____ Emri _____ Emri i dytë _____

Adresa: _____ Qyteti: _____ Qarku: _____
Numri dhe rruga _____

Shteti: _____ Kodi Postar: _____ Numri i sigurimeve shoqërore (SSN): ____/____/____ Data e lindjes: ____/____/____

Statusi martesor: Beqar/e I/e martuar I/e divorcuar Telefoni i shtëpisë: (____) _____ Numër tjetër telefoni: (____) _____

2. Anëtarët e familjes

Listoni të gjithë anëtarët e familjes në familjen tuaj.

Ju lutemi jepni informacionin e mëposhtëm për të gjithë njerëzit e afërm në familjen tuaj që jetojnë në shtëpinë tuaj. Familja përkufizohet si pacienti, bashkëshorti/bashkëshortja e pacientit, si dhe të gjithë fëmijët e pacientit nën 18 vjeç (biologjikë ose të adoptuar) që jetojnë në shtëpinë e pacientit. Nëse pacienti është nën moshën 18 vjeç, familja do të përfshijë pacientin, prindin biologjik ose adoptues të pacientit(ëve), si dhe prindin(ërit) e fëmijës nën 18 vjeç (biologjikë ose adoptues) që jetojnë në shtëpinë e pacientit.

Emri i anëtarëve të familjes	Data e lindjes	Lidhja familjare	Numri i sigurimeve shoqërore (SSN)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

3. Pagat

Ju lutemi siguroni dokumentacionin e të gjitha pagave të listuara.

Anëtarët e familjes	Shuma	Sa shpesh merret?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

4. Të ardhura të tjera

Ju lutemi siguroni dokumentacionin e të gjitha pagave të listuara.

Lloji i të ardhurave	Anëtari i familjes që merr përfitime	Shuma	Sa shpesh merret? (rrethoni një)
Sigurimet shoqërore		\$	Javore, mujore, vjetore
Papunësia		\$	Javore, mujore, vjetore
Pensioni		\$	Javore, mujore, vjetore
Fondet e aftësisë së kufizuar		\$	Javore, mujore, vjetore
Përfitimet e veteranëve		\$	Javore, mujore, vjetore
Mbështetja e fëmijëve		\$	Javore, mujore, vjetore
Ushqimi		\$	Javore, mujore, vjetore
Kompensimi i punëtorëve		\$	Javore, mujore, vjetore
Të ardhurat neto nga qiraja		\$	Javore, mujore, vjetore
Të ardhurat nga vetëpunësimi		\$	Javore, mujore, vjetore
Të ardhurat nga trustet		\$	Javore, mujore, vjetore
Të tjera		\$	Javore, mujore, vjetore

5. Komente/Garancia e Mbështetjes Financiare

Përdorni këtë seksion për informacion shtesë ose deklaratën tuaj të mbështetjes.

Nëse keni raportuar të ardhura \$0, ju lutemi jepni një shpjegim të shkurtër sesi ju (ose pacienti) i përmbushni nevojat bazë të jetesës:

6. Informacion për Sigurimin Shëndetësor

Ju lutemi jepni informacion mbi mbulimin me sigurim shëndetësor.

A kishit sigurim shëndetësor në momentin e shërbimit? Jo Po

Nëse po, ju lutemi jepni informacionin e sigurimit dhe një kopje të kartës tuaj të sigurimit:

Emri i kompanisë së sigurimit	Numri ID	Emri i të regjistruarit	Data efektive
-------------------------------	----------	-------------------------	---------------

Duke nënshkruar më poshtë, unë vërtetoj se çdo gjë që kam thënë në këtë aplikim dhe në çdo dokument bashkëngjitur është e vërtetë në bazë të njohurive të mia më të mira.

Unë pranoj që të siguroj dokumente shtesë sipas kërkesës për të përcaktuar pranueshmërinë time.
Unë jam i vetëdijshëm se falsifikimi i çdo informacioni mund të rezultojë në refuzimin e ndihmës financiare.

Unë pranoj që t'i raportoj spitalit për çdo ndryshim në të ardhurat e mia, në madhësinë e familjes, mbulimin me sigurim shëndetsor ose informacion tjetër që mund të ndryshojnë pranueshmërinë time për ndihmë financiare.

Aplikanti/Nënshkrimi i Garantuesit

Emri me Shkronja Shtypi

Data

Ora

Nënshkrimi i Përfaqësuesit të Autorizuar

Emri me Shkronja Shtypi

Data

Ora