

UMASS MEMORIAL HEALTH CARE
FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM
APPLICATION (Albanian)

Faqe 1 nga 2

UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial - Marlborough Hospital
 UMass Memorial - Clinton Hospital
 UMass Memorial Medical Group - Vendndodhja: _____
 UMass Memorial - HealthAlliance Hospital

1. Informacioni i pacientit

Shkruani me germa kapitale emrin e plotë, adresën dhe informacionin e kontaktit për personin që kërkon asistencën.

Emri: _____
Mbiemri Emri Iniciali i emrit të mesëm

Adresa: _____ Qyteti: _____ Konteja: _____
Numri dhe rruga

Shteti: _____ Kodi postar: _____ Numri i sigurimeve shoqërore: ____/____/____ Datëlindja: ____/____/____

Gjendja Civile: Beqar I martuar I divorcuar Numri i telefonit të shtëpisë: (____) _____ Numër tjetër telefoni: (____) _____

2. Anëtarët e familjes

Renditni të gjithë anëtarët e familjes në shtëpinë tuaj.

Ju lutemi, jepni informacionin e mëposhtëm për të gjithë familjarët tuaj që jetojnë në shtëpinë tuaj. Familje konsiderohet pacienti, bashkëshorti/bashkëshortja e pacientit dhe të gjithë fëmijët e pacientit që janë nën 18 vjeç (biologjikë apo të adoptuar) dhe që jetojnë në shtëpinë e pacientit. Nëse pacienti është nën 18 vjeç, familja përfshin pacientin, prindërit biologjikë apo adoptues të pacientit dhe fëmijët (biologjikë apo të adoptuar) nën 18 vjeç të prindërve, të cilët jetojnë në familjen e pacientit.

Emri i anëtarit të familjes	Datëlindja	Marrëdhënia	Numri i sigurimeve shëndetësore (SSN)
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
6. _____			

3. Pagat

Ju lutemi, paraqisni dokumentacionin për të gjitha pagat e listuara.

Anëtari i familjes	Shuma	Sa shpesh merret?
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

4. Të ardhura të tjera

Ju lutemi, paraqisni dokumentacionin për të gjitha të ardhurat e listuara.

Lloji i të ardhurave	Anëtari i familjes që merr përfitimin	Shuma	Sa shpesh merret? (qarkoni një)
Sigurime shoqërore		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Papunësi		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Pension		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Fonde për aftësi të kufizuar		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Përfitime nga pensioni i veteranit		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Mbështetje për fëmijën		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Pension ushqimor		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Kompensim punëtori		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Të ardhura neto nga qiraja		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Të ardhura nga vetëpunësimi		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Të ardhura nga aksione		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit
Tjetër		\$	Çdo javë, çdo muaj, çdo vit

5. Komente / Deklarata me shkrim për mbështetjen

Përdorni këtë seksion për informacion shtesë apo për deklaratën për mbështetjen.

Nëse keni raportuar \$0 të ardhura, ju lutemi të na jepni një shpjegim të shkurtër se si ju (apo pacienti) po arrini të përbushni nevojat bazë të jetesës:

6. Informacioni i sigurimeve shëndetësore

Ju lutemi, na jepni informacion rreth mbulimit me sigurim shëndetësor.

Keni pasur sigurim shëndetësor në kohën e shërbimit? Jo Po

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

Emri i kompanisë së sigurimit	Numri i kartës së identifikimit	Emri i pajtimtarit	Data e hyrjes në fuqi
-------------------------------	---------------------------------	--------------------	-----------------------

Duke nënshkruar më poshtë, unë konfirmoj se, në dijeninë time, çdo gjë që kam deklaruar në këtë aplikim dhe në secilin prej dokumenteve të bashkëngjitura është e vërtetë.

Jam dakord të ofroj dokumentacion shtesë sipas kërkesës për të përcaktuar të drejtën time për kualifikim.

Jam në dijeni se çdo informacion i falsifikuar mund të rezultojë në refuzimin e asistencës financiare.

Jam dakord të lajmëroj spitalin për çdo ndryshim në të ardhurat e mia, në numrin e familjarëve, në mbulimin me sigurim shëndetësor apo çdo informacion tjetër që mund ta ndryshojë kualifikimin tim për asistencë financiare.

Nënshkrimi i aplikuesit/garantit

Emri me germa kapitale

Data

Ora

Nënshkrimi i përfaqësuesit të autorizuar

Emri me germa kapitale

Data

Ora