




APLIKIMI DHE MOHIMI  
UMH-Sparrow Program i ndihmës financiare  
1215 E. Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060  
Aplikimi i Ndhmës Financiare të Shëndetit Rural

Data e aplikimit: \_\_\_\_\_

Numri i telefonit të aplikantit: \_\_\_\_\_

Informacioni për pacientit		
Emri (-at)	Mbiemri (-at)	Data (-at) e lindjes

Faleminderit për interesin tuaj në programin e ndihmës financiare UMH-Sparrow. Bashkëngjitur është aplikimi dhe formulari për kufizimin e përgjegjesisë. Informacioni i mëposhtëm është një listë kontrolli e dokumenteve të kërkuara prej jush. Nëse jeni i/e martuar, sigurohuni të përfshini dokumentet prej bashkëshortit/-es tuaj/suaj. Mund t'ju kërkohej gjithashtu të përfshini dokumentet prej anëtarëve të tjerë të familjes.

	Dokumentet e kërkuar
	Vetëm faqet 1 dhe 2 më të fundit të Formularit 1040 të Deklaratës federale për tatimin mbi të ardhurat (përfshini W2s ose 1099s) <ul style="list-style-type: none"><li>Nëse kërkohet në taksat e një personi tjetër, dërgoni atë informacion të personit tjetër</li></ul>
	Kopje e fundit e fletës (-ve) të pagës me fitimet e vitit deri më sot
	Dokumente të tjera të të ardhurave si, por pa u kufizuar në: <ul style="list-style-type: none"><li>E ardhura nga sigurimet shoqërore</li><li>Detyrimi ushqimor për fëmijë</li><li>Detyrimi ushqimor për ish-gruan</li></ul>
	Kopje e kartës suaj të identitetit (leje drejtimi automjeti, kartë identiteti shtetërore ose ushtarake)
	Verifikimi i nevojave bazë nëse nuk keni të ardhura

Për të kthyer aplikimin dhe dokumentet tuaja:

- Skanoni dhe dërgoni me email informacionin te (emaili pezull i këshillimit financiar të përgjithshëm)
- Dërgoni informacionin me postë te: UMH-Sparrow, Financial Counseling, duhet adresë e re
- Faksioni informacionin te



APLIKIMI DHE MOHIMI  
UMH-Sparrow Program i ndihmës financiare  
1215 E. Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060  
Aplikimi i Ndhmës Financiare të Shëndetit Rural

Për pyetje, mund t'i drejtoheni Këshilltarit tuaj financiar SFAP në numrin 517.364.6060.

Të ardhurat mujore	Aplikanti	Bashkëshorti/-ja (Tjetër)
*Punësimi	\$	\$
*Sigurimet shoqërore	\$	\$
*Pensioni/rentat	\$	\$
*Të ardhura të tjera	\$	\$
*IRA / 401K	\$	\$

Informacioni familjar		
Emri:	Marrëdhënia:	Mosha:



APLIKIMI DHE MOHIMI  
UMH-Sparrow Program i ndihmës financiare  
1215 E. Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060  
Aplikimi i Ndhmës Financiare të Shëndetit Rural

#### Kufizimi i përgjegjësise

Mund të marrim një raport kredie për të verifikuar informacionin e mësipërm dhe sipas ligjeve të privatësisë, nuk do të ndajmë këtë me palë të jashtme. Nënshkrimi juaj në këtë aplikim tregon njohurinë dhe miratimin tuaj për përdorimin e këtij raporti dhe tregon se ju keni dhënë informacion korrekt për fitimet, financat, të ardhurat, pronësinë dhe mbulimin tuaj të sigurimeve. Nëse ndonjë informacion në aplikimin tuaj ndryshon, ne jemi përgjegjës për përditësimin e menjëhershëm të informacionit tuaj me UMH-Sparrow. Nëse nuk raportoni ndryshimet ose nëse ka mashtrim apo abuzim, UMH-Sparrow mund t'ju heqë kualifikimin nga programi SFAP dhe t'ju konsiderojë përgjegjës për kostot mjekësore që ishin mbuluar sipas SFAP.

Mund të vendosim një interes barrë mbi çdo padi të ardhshme, padi pezull ose politika rimbursimi (p.sh. AFLAC) për shërbimet lidhur me rimbursimin që ju merrni ndërsa jeni të mbuluar prej SFAP.

\*Ju lutemi, vendosni inicialet këtu për të treguar që keni lexuar dhe kuptuar këtë kufizim përgjegjësie: \_\_\_\_\_

Nënshkrimi i Aplikantit ose Kujdestarit Ligjor: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

\*\* Me qëllim që të shqyrtojmë aplikimin tuaj në kohë, ju lutemi, kthejeni atë sa më shpejt që të jetë e mundur.\*\*

Ky aplikim duhet të përdoret prej UMH-Sparrow për t'ju asistuar me zgjidhjen e detyrimit tuaj financiar. I gjithë informacioni në aplikim do të mbahet konfidencial.



APLIKIMI DHE MOHIMI  
UMH-Sparrow Program i ndihmës financiare  
1215 E. Michigan Ave  
Lansing, MI 48912  
517.364.6060  
Aplikimi i Ndhmës Financiare të Shëndetit Rural

**Dokumentacioni i Nevojave Bazë**

**Ju lutemi, plotësojeni nëse raportoni zero të ardhura.**

Data: \_\_\_\_\_

Emri i pacientit: \_\_\_\_\_ Data e lindjes: \_\_\_\_\_

**Vendosni inicialet në çdo seksion dhe nënshkruani aty ku duhet:**

\_\_\_\_\_ Aktualisht, nuk marr asnjë të ardhur

E ardhura përfshin, por nuk kufizohet te – pagat e punësimit, pagesat e aftësisë së kufizuar, kompensimi për papunësinë, pensioni, rentat, të ardhurat nga qiraja ose sigurimet shoqërore.

\_\_\_\_\_ Nevojat e mia bazë (ushqimi, veshjet dhe streha) plotësohen nga:

\_\_\_\_\_  
(Listo emrin e individit ose agjencisë që furnizon nevoja bazë).

\_\_\_\_\_ I jap autorizimin UMH-Sparrow për të verifikuar se nevojat e mia bazë plotësohen prej individit ose agjencisë së lartpërmendur.

\_\_\_\_\_  
Nënshkrimi i Pacientit ose i Përfaqësuesit

\_\_\_\_\_  
Data