




Aplikimi dhe mohimi
UMH-SparrowProgram i ndihmës financiare
1215 E. Michigan Ave
Lansing, MI 48912
517.364.6060

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 kërkohet 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">Nëse kërkohet në taksat e një personi tjetër, dërgoni atë informacion të personit tjetër
	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">E ardhura nga sigurimet shoqëroreDetyrimi ushqimor për fëmijëDetyrimi ushqimor për ish-gruan
	Vërtetim (-et) aktual/e bankar/e për llogaritë rrjedhëse dhe të kursimit (nëse jeni i/e martuar, llogaritë e përbashkëta dhe të ndara)
	Kopje e kartës suaj të identitetit (leje drejtimi automjeti, kartë identiteti shtetërore ose ushtarake)
	Deklaratat e pensionit (IRA/401K/Pension)
	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)



Aplikimi dhe mohimi
 UMH-SparrowProgram i ndihmës financiare
 1215 E. Michigan Ave
 Lansing, MI 48912
 517.364.6060

- Dërgoni informacionin me postë te: UMH-Sparrow, Financial Counseling, duhet adresë e re
- Faksioni informacionin te

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

Informacion financiar. "Duhet të sjellë vërtetim"				
Të ardhurat mujore	Aplikanti	Bashkëshorti/-ja (Tjetër)	Aplikanti	Bashkëshorti/-ja (Tjetër)
*Punësimi	\$	\$	*Llogaria rrjedhëse	*Llogaria rrjedhëse
			<input type="checkbox"/> Nëse asnjë, shënoni këtu	<input type="checkbox"/> Nëse asnjë, shënoni këtu
			<input type="checkbox"/> Nëse asnjë, shënoni këtu	
*Sigurimet shoqërore	\$	\$	*Balanca \$	*Balanca \$
*Pensioni/rentat	\$	\$		
*Të ardhura të tjera	\$	\$	*Llogaria e kursimit	*Llogaria e kursimit
			<input type="checkbox"/> Nëse asnjë, shënoni këtu	<input type="checkbox"/> Nëse asnjë, shënoni këtu
			<input type="checkbox"/> Nëse asnjë, shënoni këtu	
			*Balanca \$	*Balanca \$
*IRA / 401K	\$	\$		



Aplikimi dhe mohimi
UMH-SparrowProgram i ndihmës financiare
1215 E. Michigan Ave
Lansing, MI 48912
517.364.6060

Informacioni familjar		
Informacioni familjar përkufizohet nga personat që përfshihen në një deklaratë të vetme tatimore		
Emri:	Marrëdhënia:	Mosha:

Kufizimi i përgjegjësive
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>*Ju lutemi, vendosni inicialet këtu për të treguar që keni lexuar dhe kuptuar këtë kufizim përgjegjësie: _____</p>
<p>Nënshkrimi i Aplikantit ose Kujdestarit Ligjor: _____</p> <p>Data: _____</p> <p>** Me qëllim që të shqyrtojmë aplikimin tuaj në kohë, ju lutemi, kthejeni atë sa më shpejt që të jetë e mundur.**</p> <p>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.</p>



Aplikimi dhe mohimi
UMH-SparrowProgram i ndihmës financiare
1215 E. Michigan Ave
Lansing, MI 48912
517.364.6060

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