

A

Informacion për pacientin: *Ju lutemi, plotësoni këtë seksion në lidhje me pacientin që përfiton nga kujdesi shëndetësor*

Emri i pacientit: _____ Datëlindja: _____

Numri i Sigurimeve Shoqërore: _____

B

Informacion demografik dhe familjar:

Adresa e rrugës: _____ Telefoni: _____

Qyteti: _____ Shteti: _____ Kodi postar: _____ Qarku: _____

Punëdhënësi: _____

Me kohë të plotë Me kohë të pjesshme Pensionist/e Person me aftësi të kufizuar

I/e papunë aktualisht

Anëtarët e familjes:

1. Emri: _____ Datëlindja: _____ Marrëdhënia: Vetë

2. Emri: _____ Datëlindja: _____ Marrëdhënia: Bashkëshorti/ja/Sig.

Dosje të tjera bashkëngjitur Mbajtja e tatimit **Po Jo**

3. Emri: _____ Datëlindja: _____ Marrëdhënia: _____ Depozitim taksash: **Po Jo**

4. Emri: _____ Datëlindja: _____ Marrëdhënia: _____ Depozitim taksash: **Po Jo**

5. Emri: _____ Datëlindja: _____ Marrëdhënia: _____ Depozitim taksash: **Po Jo**

Ju lutemi, përdorni listën e anëtarëve shtesë të familjes në një fletë letrë të veçantë.

Vetëm për përdorim zyrtar:

Aplikanti MRN/GUAR _____ Bashkëshorti/ja MRN/GUAR _____

MRN Person i mitur nën varësi (nëse është e zbatueshme) _____

C

Të ardhurat shtëpiake nga punësimi

Ju lutemi, listoni **TË GJITHË** anëtarët e familjes që **fitojnë të ardhura nga punësimi**:

Bashkëngjisni një fletë tjetër nëse është e nevojshme.

Paraqisni 3 vërtetime të fundit pagash për të gjithë ata që fitojnë të ardhura nga punësimi me aplikimin.

| Emri i anëtarit të familjes | Marrëdhënia me aplikantin | Të ardhurat bruto mujore (para mbajtjes në burim) |
|--|---------------------------|---|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| Të ardhurat totale mujore bruto | | \$ |

D

Burime të tjera shtëpiake
(Jo-punësim) Lista e informacionit për të gjithë anëtarët e familjes, aty ku është e zbatueshme

| Burime të tjera të të ardhurave | Shuma në muaj |
|--|---------------|
| Detyrimi ushqimor për fëmijën /Detyrimi ushqimor për ish-bashkëshortin/en | \$ |
| Kujdestaria, kujdestari i bashkisë, të ardhurat e kishës, etj. | \$ |
| Sigurimet shoqërore ose Sigurimet shoqërore për shkak të aftësive të kufizuara | \$ |
| Pension | \$ |
| Të ardhurat nga prona me qira | \$ |
| Depozita të rregullta vjetore, interesa, shpërndarje e pensionit | \$ |
| Papunësimi ose kompensimi i punonjësit/es | \$ |
| <i>Te tjera (ju lutemi, specifikojini)</i> | \$ |
| Totali i burimeve të tjera të të ardhurave | \$ |

E Pasuritë e familjes

| Lloji i pasurisë | Totali |
|--|-----------|
| Para të gatshme | \$ |
| Llogaria e kursimeve | \$ |
| Llogaria rrjedhëse | \$ |
| Stoqe | \$ |
| Obligacione | \$ |
| Obligacione kursimi | \$ |
| Certifikata depozite (CDs) | \$ |
| Llogari të tregut të parasë | \$ |
| Fonde të ndërsjellta | \$ |
| Fonde të administruara (Truste) | \$ |
| <i>Të tjera (ju lutemi, specifikojini)</i> | \$ |
| Burimet totale të të ardhurave të tjera | \$ |

F Verifikimi i të drejtës për përfitimin e sigurimit shëndetësor

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>1. A keni aplikuar ose jeni refuzuar për të përfituar nga Medicare ose Medicaid</p> <p>1A. Medicare Pjesa A 1B. Medicare Pjesa B 1C. Medicare Pjesa C 1D. Medicaid</p> <p>Nëse jeni refuzuar për të përfituar nga Medicaid, a ndodhi refuzimi brenda 90 ditëve të fundit?</p> | <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> | <p>3. A ofron punëdhënësi juaj ose punëdhënësi i bashkëshortit/tes tuaj sigurim shëndetësor në grup</p> <p>4A. A keni pasur mbulim në 3 deri në 6 muajt e fundit nëpërmjet punëdhënësit tuaj?</p> <p>Nëse po, a është COBRA në dispozicion?</p> | <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> |
| <p>2. A po aplikoni për ndihmë financiare për shërbime që lidhen me:</p> <p>2A. Aksident automobilistik (MVA) 2B. Viktimë krimi 2C. Kompensim për punonjës/en 2D. Lëndime të tjera (p.sh: rrëshqitje dhe rënie)</p> | <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> | <p>5. A keni ndonjë sigurim tjetër shëndetësor?</p> <p>Nëse po, ju lutemi, jepni informacionin e sigurimit:</p> <p>6. A jeni rezident i përhershëm që jeton në zonën e shërbimit të Sistemit Shëndetësor Sparrow?</p> | <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> Po</p> |

G Autorizimi

Nëpërmjet këtij akti, autorizoj dhënien e informacionit që përmban ky aplikacion për Sparrow Health System për përcaktimin e statusit tim të titullarit të së drejtës për ndihmë financiare në përputhje me politikat dhe procedurat e Sparrow. Unë autorizoj Sparrow të verifikojë këtë informacion sipas nevojës, i cili mund të përfshijë, por nuk kufizohet në, marrjen e një raporti të byrosë së kreditit, verifikimin e punësimit dhe/ose të ardhurave dhe marrjen e dokumenteve të duhura mbështetëse. I gjithë informacioni dhe dokumentacioni i të ardhurave i ofruar nga unë në këtë kërkesë është i vërtetë, i saktë dhe i plotë siç tregohet. Nëse, në çdo moment, përcaktohet se informacioni që kam dhënë ishte i rremë ose i pasaktë, e gjithë ndihma financiare do të anulohet dhe unë do të pranoj përgjegjësinë për pagesën e plotë dhe të menjëhershme të çdo dhe të gjitha detyrimeve të papaguara. Gjithashtu, unë bie dakord të pranoj përgjegjësinë e pagesës për çdo shumë të detyrueshme pas çdo zbritjeje të pjesshme të ndihmës financiare.

Shkruani emrin e plotë: _____ Marrëdhënia me pacientin: _____

Nënshkrimi: _____ Data: _____

Ju lutemi, jepni një kopje të vërtetimit të zbatueshëm të të ardhurave/burimeve:

- Nëse jeni i/e punësuar, tre (3) vërtetimet e fundit të pagës
- Deklarata e sigurimeve shoqërore, pensioni ose pensioni vjetor
- Deklarata tatimore e vitit të kaluar, përfshini Shtojcën 1 dhe Shtojcën C nëse është e zbatueshme
- Kopje e çdo të ardhure ose burimi shtesë



- Nëse nuk ka të ardhura, një shkresë që vërteton se si plotësohen nevojat bazë (ushqim, veshje, strehim)