



For Internal Business Purposes Only

Application given to patient by: Name _____ Site/Location _____ Department _____

Financial Assistance Application

Mental Health Emergency Center-Financial Assistance Program

P.O. Box 3039

Oak Brook, IL 60522-9908

Proszę wysłać wypełniony wniosek na powyższy adres wraz ze wszystkimi wymaganymi dokumentami.

Należy go uzupełnić wyraźnie drukowanymi literami.

CZĘŚĆ I: Informacje ogólne

Pana/Pani

Pełne nazwisko _____

Imię _____

Drugie imię _____

Nazwisko _____

e-mail _____

Małżonek/małżonka

Pełne nazwisko _____

Imię _____

Drugie imię _____

Nazwisko _____

e-mail _____

Adres _____

Nazwa ulicy, numer budynku _____

Miasto _____

Stan _____

Kod poczt. _____

Nr telefonu _____

Numer ubezpieczenia społecznego _____ Pana/Pani data urodzenia _____

Numer ubezpieczenia społecznego współmałżonka _____ Data ur. współmałżonka _____

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE, KTÓRE DOTYCZĄ DLA NUMERÓW OD 1 DO 5 PONIŻEJ

1. ☐ OBECNIE JESTEM ZATRUDNIONY(-A) W _____ Stawka za godzinę w \$ _____

Zawód/zatrudnienie _____ Zatrudniony(-a) od (data) _____ do _____

☐ MÓJ MAŻ/MOJA MAŁŻONKA PRACUJE W _____ Stawka za godzinę w \$ _____

Zawód/zatrudnienie _____ Zatrudniony(-a) od (data) _____ do _____

2. DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA (prosimy zaznaczyć wszystkie stosowne odpowiedzi):

☐ Mój ☐ Mojego małżonka/mojej małżonki

____ Pracodawca oferuje ubezpieczenie zdrowotne i Jestem objęty(-a) jego planem

(Proszę załączyć kopię obu stron karty ubezpieczenia)

____ Pracodawca oferuje ubezpieczenie zdrowotne, ale nie zapisałem się na nie. Dlaczego _____

(Należy załączyć pismo od pracodawcy/pracodawców wskazujące całkowity koszt ubezpieczenia oraz kwotę/odsetek składki na składki pracownicze).

____ Pracodawca nie oferuje ubezpieczenia zdrowotnego (Należy załączyć pismo od pracodawcy z tym stwierdzeniem)

3. ☐ LISTA MOICH POPRZEDNIH PRACODAWCÓW (JEŚLI TAKOWI BYLI) W CIĄGU OSTATNICH 2 LAT AŻ DO MOJEGO OBECNEGO PRACODAWCY

Poprzedni pracodawca _____ Zatrudniony(-a) od (data) _____ do _____

(Proszę użyć odwrotnej strony na dodatkowe dane pracodawcy)

4. ☐ NIE JESTEM ZATRUDNIONY(-A) ☐ MÓJ MAŁŻONEK/MAŁŻONKA NIE PRACUJE

(Proszę wyjaśnić powody braku zatrudnienia, w tym daty, powody, data ostatniego dnia w pracy itp.)

5. ☐ OTRZYMUJĘ ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH OD _____ (DATA) \$ _____ Kwota od początku roku

☐ MÓJ MAŁŻONEK/MOJA MAŁŻONKA OTRZYMUJE ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH OD _____ \$ _____ Kwota od początku roku

W celu uzyskania informacji o zasiłkach dla bezrobotnych: Należy skontaktować się z Biurem ds. ubezpieczeń dla bezrobotnych pod numerem 1-800-494-4944 lub odwiedzić stronę o zasiłkach internetowych stanu WI w celu uzyskania bieżących informacji

<http://dwd.wisconsin.gov/uiiben>

Część 1-A Osoby pozostające na moim utrzymaniu

Imię i nazwisko:

Wiek

Imię i nazwisko:

Wiek

Osoby pozostające na utrzymaniu
(proszę wymienić każdą osobę według
nazwiska i wieku)

Na odwrocie proszę wymienić dodatkowe
osoby pozostające na utrzymaniu

CZĘŚĆ 2 – Dochód Pana/Pani rodziny

Wymagany jest dokumentowany dowód wszystkich dochodów

Definicja: Dochód obejmuje wszelkie wynagrodzenie otrzymane z dowolnego źródła.

Definicja: Źródło dochodu oznacza, skąd pochodzi wynagrodzenie lub kto Pan/Pani je wypłaca.

Przykłady: Ubezpieczenia społeczne, wynagrodzenie od pracodawcy, wynagrodzenie od pracodawcy
współmałżonka, fundusz emerytalny, alimenty, emerytura z tytułu dystrybucji funduszy inwestycyjnych, renta
inwalidzka, zasiłek dla bezrobotnych itp.

Pytanie: Co zrobić, jeśli mój dochód był zerowy w ciągu roku?

Odpowiedź: Należy wpisać zero jako swój dochód poniżej.

Jeśli ktoś Pana/Panią wspiera, proszę wypełnić część 3 i poprosić o jej podpisanie.

CAŁKOWITY DOCHÓD BRUTTO ZA POPRZEDNI ROK: _____ \$
(Proszę załączyć kopię podatków federalnych, wszystkie strony)

W przypadku kopii informacji podatkowych: Proszę skontaktować się z biurem IRS (Internal Revenue Service, Urząd Skarbowy) pod numerem 1-800-908-9946. W celu zamówienia transkrypcji online, proszę przejść do strony www.irs.gov oraz wpisać „Zamów transkrypcję” („Order a transcript”) w polu wyszukiwania.

ŹRÓDŁO PRZYCHODÓW W OSTATNIM ROKU

(Jeśli jest Pan żonaty/Pani zamężna, wymagane są oba dokumenty)

CAŁKOWITY DOCHÓD BRUTTO ZA POPRZEDNI ROK

_____	\$ _____	(Dla każdego źródła należy <u>dołączyć</u> w przypadku każdego roku dowód dochodu)
_____	\$ _____	(Dla każdego źródła należy <u>dołączyć</u> w przypadku każdego roku dowód dochodu)
_____	\$ _____	(Dla każdego źródła należy <u>dołączyć</u> w przypadku każdego roku dowód dochodu)
_____	\$ _____	(Dla każdego źródła należy <u>dołączyć</u> w przypadku każdego roku dowód dochodu)

UWAGA: JEŚLI jest Pan/Pani samozatrudniony(-a), proszę przedstawić kwartalne informacje o zasiłku dla samozatrudnionych

Lista kontrolna i dokumenty uwierzytelniające

Proszę zaznaczyć wszystkie, które mają zastosowanie, a następnie podpisać się poniżej:

- ☐ Jestem stałym(-ą) rezydentem/rezydentką stanu WI (jeśli nie można zweryfikować danych zawartych we wniosku, wymagany będzie dokument potwierdzający miejsce zamieszkania).
- ☐ Załączam moje podatki federalne (wszystkie strony) (WYMAGANE). Jeżeli nie, to dlaczego? _____
- ☐ Dołączone są moje/nasze ostatnie odcinki wypłat. Jeżeli nie, to dlaczego? _____
- ☐ Załączam pisma od pracodawcy mojego lub współmałżonka wskazujące, czy oferują ubezpieczenie, a jeśli tak, to jaka jest całkowita kwota składki i jaka jest kwota składki pracodawcy.
- ☐ Załączam dokumenty świadczące o moim bezrobociu, IRA, oświadczenie o Ubezpieczeniu Społecznym, planie 401K, dokumenty o emeryturze oraz inne dokumenty świadczące o dochodzie. Jeżeli nie, to dlaczego? _____
- ☐ Przez rok miałem zerowy dochód, dołączono i podpisano List o wsparciu finansowym (część 3).

Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą posiadane informacje są prawdziwe i dokładne. Upoważniam Mental Health Emergency Center do weryfikacji wszelkich informacji zawartych w niniejszym wniosku.

Pełne nazwisko (drukowanymi literami) pacjenta lub strony odpowiedzialnej oraz podpis

Data

CZĘŚĆ 3 - List o wsparciu finansowym

Należy wypełnić, jeśli ktoś Pana/Panią udziela Panu/Pani wsparcia. Tę część powinna wypełnić osoba udzielająca wsparcia.

Ja, _____ zaświadczam, że udzielam (imię i nazwisko pacjenta) _____
następujące wsparcie każdego miesiąca: (Należy wymienić konkretne wsparcie, żywność, ogrzewanie, telefon, schronienie itp.)

Całkowity miesięczny koszt tego wsparcia dla tej osoby wynosi \$ _____.

Nie proszę ani nie oczekuję zwrotu miesięcznych kosztów tego wsparcia od wymienionej tutaj osoby.

Zapewniam wsparcie tej osobie, ponieważ: (Proszę wymienić powód, dla którego udzieliłby Pan/udzieliłaby Pani wsparcia finansowego tej osobie bez oczekiwania na zwrot kosztów. Przykłady: krótkotrwała opieka medyczna, długotrwała niepełnosprawność, bezrobocie, przeprowadzka itp.)

Jak długo zapewnia Pan/Pani tej osobie opisane tutaj wsparcie opisane tutaj? _____ (w miesiącach)

Ta osoba nie ma żadnych środków finansowych dotyczącym wsparcia, poza opisany przeze mnie. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Dlatego upoważniam Mental Health Emergency Center do weryfikacji wszelkich podanych przeze mnie informacji.

Pełne nazwisko wspierającego _____
Imię Drugie imię Nazwisko Stopień powiązania z wnioskodawcą

Adres _____ ()
Ulica i jej numer Miasto Stan Kod pocztowy Numer telefonu

Podpis osoby udzielającej wsparcia _____ Data: _____

Rozumiem, że mój podpis nie czyni mnie odpowiedzialnym(-ą) za długi osoby, której udzielam wsparcia, zgodnie z tym pismem.