

UMASS MEMORIAL HEALTH CARE  
**FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM**  
**INSTRUCTIONS TO COMPLETE**  
**APPLICATION (Albanian)**

**Udhëzimet**

Si pjesë e angazhimit të vet për të shërbyer, sistemi i "UMass Memorial Health Care" do t'u japë asistencë financiare pacientëve që nuk janë të mbuluar nga Zyra e Rrjetit të Sigurisë Shëndetësore (Health Safety Net), të cilët përbushin disa kualifikime për të ardhurat.

Në mënyrë që të përcaktojmë nëse kualifikoheni për asistencë financiare, na duhet të marrim disa të dhëna financiare, siç përcaktohet në aplikim. Mosdhënia e këtyre të dhënave do të sjellë refuzimin e asistencës.

Ju lutemi, plotësoni aplikimin për Programin e asistencës financiare dhe rikthejeni aplikimin së bashku me verifikimet e të ardhurave të një këshilltar të certifikuar aplikimi. Formulari i plotësuar mund të dërgohet me postë në adresën e mëposhtme:

UMass Memorial Patient Financial Counseling  
306 Belmont Street  
Worcester, MA 01604

**Pjesa 1: Informacionet e pacientit**

Në pjesën 1 të aplikimit për Programin e asistencës financiare, ju lutemi të plotësoni të gjitha informacionet që i përkasin pacientit.

**Pjesa 2: Anëtarët e familjes**

Në pjesën 2 të aplikimit për Programin e asistencës financiare kërkohet informacion në lidhje me personat që jetojnë në të njëjtën shtëpi me pacientin. Këtu duhet të përfshihen bashkëshorti/bashkëshortja e pacientit dhe personat në ngarkim të tij. Nëse pacienti është fëmijë i mitur, ju lutemi të përfshini prindërit dhe/ose përfaqësuesin e autorizuar.

**Pjesa 3: Pagat**

Në pjesën 3 të aplikimit për Programin e asistencës financiare kërkohet informacion lidhur me të ardhurat nga punësimi. Ju lutemi, shënoni shumën në dollarë të të ardhurave që merr çdo person. Gjithashtu, tregoni nëse shuma në dollarë merret çdo javë, çdo dy javë apo çdo muaj.

**Pjesa 4: Të ardhura të tjera**

Në pjesën 4 të aplikimit për Programin e asistencës financiare kërkohet informacion lidhur me të ardhurat që nuk vijnë nga punësimi. Ju lutemi, shënoni anëtarët e familjes dhe llojin e të ardhurave që merr çdo person. Gjithashtu, tregoni nëse shuma në dollarë përfaqëson kompensim javor, dyjavor, mujor apo vjetor. Shembujt e të ardhurave të tjera përfshijnë sigurimet shoqërore ose pensionin.

Si kusht për këtë aplikim kërkohet verifikimi i TË GJITHA TË ARDHURAVE të përcaktuara në pjesën 3 dhe 4 të këtij aplikimi. Dokumentet e mëposhtme janë forma të pranueshme verifikimi:

- Kopje e 2 fletëpagesave më të fundit të pagës
- Kopje e çekut ose deklaratës së përfitimeve nga pensioni, sigurimet shoqërore, papunësimi ose të ardhurave të tjera
- Pasqyra e fitimit dhe humbjes për 3 muajt e fundit për aplikuesit e vetëpunësuar ose kopja më e fundit e deklaratës tatimore, brenda një periudhe 6-mujore, ku pasqyrohet informacioni i mësipërm
- Një deklaratë nga punëdhënësi juaj, në të cilën pasqyrohen të ardhurat tuaja bruto javore
- Kopje e vendimit të gjykatës ose pagesave të marra në 2 javët e fundit për pensionin ushqimor dhe/ose mbështetjen e fëmijëve

**Pjesa 5: Komente / Deklarata me shkrim për mbështetjen**

Nëse jeni i papunësuar dhe nuk merrni asnjë të ardhur, ju lutemi të paraqitni një deklaratë mbështetjeje. Kjo deklaratë duhet të përfshijë rrethanat tuaja aktuale, si për shembull personat me të cilët jetoni dhe ata që ju ndihmojnë me shpenzimet bazë të jetesës, siç janë ato për strehimin dhe ushqimin.

**Pjesa 6: Informacioni për sigurimin shëndetësor**

Nëse ju apo ndonjë anëtar i familjes tuaj është aktualisht i mbuluar apo pret të mbulohet me sigurim shëndetësor, ju lutemi ta jepni informacionin në këtë pjesë.

**Për ndihmë me plotësimin e këtij aplikimi, ju lutemi të kontaktoni:**

**Këshilltarin e certifikuar të aplikimit 508-334-9300**  
**Orari i punës: E hënë-e premte, 08:00 - 16:00**