



Tanpri ranpli, siyen, epi retounen aplikasyon sa a ak dokiman obligatwa sa yo:

- **Revni (Sa gen ladan li tout dokiman ki apre yo ke ou konn resevwa yo):**
 - Kopi 2 dènye souch peman oswa kopi fòm W-2 ki pou taks ane sa a ki depoze, ki gen ladan yo pasyan an, konjwen li ak/oswa moun ki garanti li (paran/gadyen legal timoun ki anba 18 lane) kap viv nan kay la.
 - Si wap travay pou tèt ou, yon kopi Fòm Taks Federal 1040 ou kounye a.
 - Dokiman Sekirite Sosyal/Sekirite Sosyal Andikape oswa nenpòt lòt revni anplis nan kay la.
- **Kopi Bòdwo Ipotèk/Iwaye, oswa kopi deklarasyon Taks sou Pwopriyete si kay la pa sou ipotèk ankò.**
- **Si w te aplike pou Asistans Medikal, yon kopi lèt akseptasyon oswa refi ou a.**

Si ou pa kapab bay okenn nan dokiman yo egzije ki pi wo yo, tanpri ranpli fòm FAF 116, nan paj 3 anba a.

Enfòmasyon Pasyan

Siyati:	Prenon:	Inisyal Dezyèm non:
# Sekirite Sosyal:	Dat Nesans:	

Moun ki Bay Garanti (Paran Legal, Gadyen, oswa Mandatè) Si se menm ak Pasyan an, ale nan Pati II; ranpli tout espas yo.

Siyati:	Prenon:	Inisyal Dezyèm non:
# Sekirite Sosyal:	Dat Nesans:	Relasyon ak Pasyan an:

Pati II (Enfòmasyon Pasyan/Garanti)

Adrès Ri:		Apatman:	
Vil:	Eta:	KÒD POSTAL:	
Telefòn Lakay: ()		Telefòn Selilè: ()	
Non ak Adrès Anplwayè a:			
Revni An Gwo pa Mwa: \$		Revni Final pa Mwa: \$	
Pozisyon/Tit:		Kantite Tan gen nan Travay Kounye a:	
Èske w se yon Rezidan Legal Etazini: Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Konjwen

Siyati:	Prenon:	Inisyal Dezyèm non:
Non Anplwayè/Adrès:		# Telefòn:
Pozisyon/Tit:		Longè tan Travay:
Revni an Gwo pa mwa: \$		Revni Final pa Mwa: \$

Enfòmasyon sou Kay la (Non ak Dat Nesans tout moun nan kay la, eksepte oumenm ak konjwen ou)

Non:	Dat nesans:	Relasyon ak pasyan an:
Non:	Dat nesans:	Relasyon ak pasyan an:
Non:	Dat nesans:	Relasyon ak pasyan an:
Non:	Dat nesans:	Relasyon ak pasyan an:
Non:	Dat nesans:	Relasyon ak pasyan an:

Lòt Revni Anplis nan Kay la

Balans Kont Kouran:	Montan Chomaj pa Mwa:
Balans Kont Epay:	Montan Sekirite Sosyal pa Mwa:
Èd Piblik/Koupon pou Achte Manje:	Montan Konpansasyon Travayè pa Mwa:
Montan Pansyon pa Mwa/Ane:	Nenpòt Lòt:

Ipotèk/Lwaye (Kopi Peman Ipotèk/Lwaye obligatwa)

Peman Ipotèk/Lwaye:	
---------------------	--

Enfòmasyon Asirans Sante (Kopi lèt Akseptasyon Asistans Medikal oswa Refi ou te resevwa a obligatwa)

Non Konpayi a:	Dat li Kòmanse:
Èske w te aplike pou Èd Medikal: Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Kilè:
Kibò:	Non Travayè Sosyal ak # Selilè:
Rezilta/Rezon pou Refi a:	

Enfòmasyon sou Andikap

Èske Pasyan an Andikape: Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Longè Tan Andikap la:
Non Doktè a:	Nimewo Telefòn Doktè a:

Reklamasyon Responsablite Tyès Pati (Aksidan Machin, Dedomajman Travayè, Blesi Kòporèl, oswa lòt reklamasyon legal)

Blesi/Maladi ki rezilta Aksidan Machin	Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dat Ensidan an:
Blesi/Maladi ki rive nan kote wap travay la ?	Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dat Ensidan an:
Blesi/Maladi ki rezilta yon Krim ?	Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dat Ensidan an:
Blesi/Maladi ki lakòz yon aksyon nan tribinal?	Wi <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dat Ensidan an:

Reklamasyon Responsablite Tyès Pati yo pa elijib pou Asistans Finansye jiskaske tout mwayen peman yo fin itilize. Pa rive divilge enfòmasyon ki gen rapò ak nenpòt reklamasyon responsablite tyès pati, sa ap konsidere pasyan an pa kalifye pou Asistans Finansye.

Mwen deklare ke mwen te egzamine aplikasyon sa a epi nan tout sa m konnen tout enfòmasyon ki ladan li yo oswa ke yo bay UMMS ak klinik li yo se verite, kòrèk epi konplè. Mwen konprann ke defòmasyon enfòmasyon sa yo ka anile nenpòt asistans finansye yo ka banmwen epi mwen pral responsab pou tout frè medikal yo. Lè mwen siyen epi soumèt demann sa a, mwen bay UMMS, ak etablisman klinik li yo pèmisyon pou detèmine bezwen mwen pou asistans finansye; enkli revizyon dosye kredi mwen an. Mwen bay UMMS pèmisyon tou pou pibliye oswa divilge enfòmasyon sa yo bay University Physicians Inc. nan bi pou evalye sityasyon finansye mwen an repons pou asistans ak bòdwo doktè mwen yo. Mwen konprann ke se responsablite mwen pou m avèti UMMS pou nenpòt chanjman nan sityasyon ki konsène revni mwen oswa byen mwen pandan aplikasyon sa a nan tretman.

Siyati Pasyan/Garanti (obligatwa)

Dat

Siyati Konjwen (obligatwa)

Dat

Si w gen nenpòt kesyon oswa ou bezwen èd pou ranpli aplikasyon sa a, tanpri rele Depatman Asistans Finansye a. (410) 821-4140, Extansyon 2003, lendi pou rive vandredi, 8:00am - 4:30pm.

Ou ka voye aplikasyon sa a pa lapòs, imel oswa faks ansanm ak dokiman obligatwa yo nan:

Lapòs: UMMS
11311 McCormick Road, Suite 230
Hunt Valley, MD 21031
Imel: CBOService@umm.edu
Faks: 410-630-5341

Verifikasyon Deklarasyon Vivan, Finansyè ak Revni

Fòm sa a pral bezwen ranpli pa yon aplikan pou Financial Assistance ki:

- Resevwa asistans pou manje ak/oswa kay
- Pap travay kounye a
- Bòdwo lopital pou blesi nan yon aksidan machin, konpansasyon travayè, blesi pèsònèl, oswa nenpòt lòt reklamasyon responsablite tyès pati

Enfòmasyon Pasyan:

Non: _____ Dat: _____
Nimewo Telefòn: _____ Nimewo Telefòn Selilè: _____
Dat Nesans: _____ Siyati Pasyan: _____

Si w ap resevwa asistans pou manje ak kay, ranpli sak apre yo:

M ap resevwa asistans nan men _____, ki ap ede m ak manje epi kay.
Relasyon ak pasyan an: _____.

(Tcheke youn)

_____ Bay chanm ak manje gratis
_____ M ap peye \$ _____ pa mwa pou chanm ak manje
_____ Lòt, tanpri eksplike anba a:

Si w pap travay epi w pa gen okenn revni, ranpli sa ki apre yo:

(Tcheke youn) _____ Mwen pap travay depi ___/___/___ epi map resevwa asistans pou manje ak kay jan sa di pi wo a. Dat prevwa pou retounen nan travay? _____
_____ Mwen pap travay depi ___/___/___ epi m ap viv sou kòb mwen sere ak lòt byen ki rapòte lajan.

Tanpri eksplike an detay: _____

Dat prevwa pou retounen travay? _____

Poukisa w pap resevwa revni pou chomaj?

(Tcheke youn) _____ Kalifikasyon ekspire - Pasyan an fin itilize tout avantaj pou chomaj ki kalifyab yo.
_____ Pa Kalifye, rezon: _____

Si ou gen yon reklamasyon responsablite tyès pati (Aksidan machin, konpansasyon travayè, aksidan pèsònèl), ranpli sa ki apre yo:

Avoka: Non: _____
Adrès: _____
Nimewo Telefòn: _____

Konpayi Asirans: Non: _____
Adrès: _____
Nimewo Telefòn: _____

Dat Antant yo Prevwa: _____/_____/_____