

APLIKASYON POU ÈD FINANSYE

DAT SÈVIS: _____ NIMEWO KONT: _____

NON PASYAN OSWA KANDIDA A: _____

ADRÈS: _____

VIL: _____ ETA: _____ KÒD POSTAL: _____

TELEFÒN: _____ ETATI MARITAL: _____

OU DWE RANPLI DOKIMAN KI ANNAPREYO POU YO KONSIDERE YON ÈD FINANSYE. TANPRI KONNEN KE PASYAN KI PA ASIRE YO DWE PATISIPE AVÈK FOUNISÈ KALIFIKASYON ASIRANS NOU AN ANVAN POU YO RESEVWA YON ÈD.

(Endike konjwen ak timoun depandan ki gen mwens ke 18 lane, k ap viv nan fwaye a ak dat nesans yo)

NON	RELASYON AK PASYAN AN	DAT NESANS	REVNI BRIT TOTAL NAN 3 MWA ANVAN DAT SÈVIS LA	REVNI BRIT TOTAL NAN 12 MWA ANVAN DAT SÈVIS LA	NON ANPLWAYÈ SOUS REVNI AN (ENDIKE SI OU SE YON ETIDYAN KOLÈJ)
	OUMENM				

1. SI OU TE RAPÒTE REVNI TOTAL ZEWÒ, KI JAN OU JWENN SIPÒ? _____
2. NAN KI ETA OU TE ABITE NAN MOMAN VIZIT OU AN? _____
3. ÈSKE OU TE APLIKE POU MEDICAID OSWA NENPÒT LÒT ASISTANS NAN KONTE? NON WI (DAT/ETA _____)
4. ÈSKE TE OU GEN ASIRANS SANTE NAN DAT SÈVIS LA? NON WI (BAY KOPI KAT LA AVÈK APLIKASYON SA A)
5. ÈSKE DAT SÈVIS LA TE ANRAPÒ AK YON AKSIDAN OTO? NON WI (NON ASIRANS/ REKLAMASYON _____)
6. ÈSKE NENPÒT MOUN NAN KAY OU GEN YON KONT CHÈK OSWA KONT EPAY? NON WI (VALÈ _____)
7. ÈSKE NENPÒT MOUN KAY OU GEN NENPÒT LÒT BYEN? NON WI (TIP/VALÈ _____)
8. ÈSKE OU POSEDE OSWA OU LWE YON KAY? POSEDE LWE LÒT (_____)

POU BYEN REVNI YO KI ENDIKE ANWO A OU DWE BAY SA KI PRAL SITE LA YO POU CHAK MANM NAN FWAYE A:

(tanpri tcheke atik ki resevwa yo)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TRAVAY = 3 OSWA 12 MWA REVNI
<input type="checkbox"/> CHOMAJ = LÈT OTORIZASYON AVANTAJ
<input type="checkbox"/> SEKIRITE SOSYAL = LÈT OTORIZASYON AVANTAJ
<input type="checkbox"/> PANSYON OSWA ANDIKAP = LÈT OTORIZASYON AVANTAJ | <input type="checkbox"/> TRAVAY ENDEPANDAN = FÒM TAKS KONPLÈ ANSANM AK ANÈKS C
<input type="checkbox"/> SIPÒ TIMOUN = DOKIMAN TRIBINAL ÒDONE
<input type="checkbox"/> LÒT = PRÈV NENPÒT LÒT REVNI TANKOU DIVIDANN, ENTERÈ, REVNI LWAYE
<input type="checkbox"/> KONT CHÈK / EPAY = RELVE AKTYÈL 30 JOU POU CHAK KONT |
|---|---|

SÈTIFIKASYON: LÈ MWEN SIYEN DOKIMAN SA A, MWEN KONFIME REPONS YO KI SOU APLIKASYON SA A SE VERITE. SI YON EVALYASYON ANNAPRE SOU APLIKASYON POU ÈD FINANSYE YON MOUN REVELE KE ENFÒMASYON MOUN NAN TE BAY YO SE ENFÒMASYON KI SWA PA KÒRÈK OSWA YO GEN FWÒD, YO KA ANILE DESIZYON POU BAY ÈD FINANSYE A EPI YO PRAL FAKTIRE POU PATI RESPONSAB LA. MWEN KONPRANN FOUNISÈ LOPITAL MWEN AN KAPAB VERIFYE ENFÒMASYON KE MWEN SOUMÈT YO, SA GEN LADAN NAN AJANS RAPÒ KREDI, EPI AJANS FEDERAL AK/OSWA ETA AK LÒT KAPAB EVALYE YO SI SA NESESE.

SIYATI PASYAN AN: _____ DAT: _____

SIYATI KANDIDA A OSWA REPREZANTAN AN: _____ RELASYON: _____ DAT: _____
(SI SE PA PASYAN)

VOYE APLIKASYON KI FIN RANPLI A AK DOKIMAN YO PA LAPÒS BAY:
 Mercy Health Public Benefits Dept
 PO Box 631774
 Cincinnati, OH 45263-1774