***פינאַנציעלע הילף אַפּלאַקיישאַן***

פּאַציענט אַקאַונט נומער: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מעדיצינישע רעקאָרד #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דער נאָמען פון די פּאַציענט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ געבורט טאָג: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

לעצטע נאמען ערשטע נאמען ערשט חודש טאָג יאָר

אַדרעס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טעלעפאן #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

נומער, גאס אונד אַפּט. # סיטי שטאַט זיפּ קאוד

ארבייטס - געבער נאמען: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ באלעבאס אַדרעס: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טעלעפאן נומער: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פאַך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ אימעיל אדרעס: \_\_\_\_\_\_

האַכנאסע: ביטע שרייב די קאַמביינירטע האַכנאָסע פֿאַר איר, דיין ספּאַוס און אַלע אנדערע הויזגעזינד מיטגלידער פֿון:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **גראָס כוידעשלעך האַכנאָסע מקור** | **פּאַציענט האַכנאָסע** | **ספּאַוס האַכנאָסע** |
| באַשעפטיקונג לוין/זעלבסט באַשעפטיקונג |  |  |
| אַרבעטלאָזיקייַט פאַרגיטיקונג |  |  |
| סאציאל סעקוריטי בענעפיטן |  |  |
| פּענסיע |  |  |
| דיסאַביליטי/וואָרקערס פאַרגיטיקונג |  |  |
| אַלימאָניע/קינד שטיצן |  |  |
| דיווידענדז/אינטערעס/רענטאַלס |  |  |
| אַלע אנדערע האַכנאָסע |  |  |
| **סאכאקל** |  |  |

ווי אַ צושטאַנד פון צושטעלן פינאַנציעלע הילף, איר זענט פארלאנגט צו פאָרלייגן דערווייַז פון האַכנאָסע/רעסורסן: דאס מיינט: 1 ) פּייַסטאבן

2) אנדערע געבעטן דאָקומענטאַטיאָן צו באַשטעטיקן הויזגעזינד האַכנאָסע

די גרייס פון משפּחה : \_\_\_\_\_\_\_ רשימה פון משפּחה מיטגלידער לעבעדיק אין דיין הויזגעזינד

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **נאָמען** | **עלטער** | **שייכות** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

\*באמערקונג: ביטע צוטשעפּען אן אנדער בלאַט, אויב נאָך פּלאַץ איז בעדארפט

איך פארשטיי דערמיט אז די אינפארמאציע וואס איך שטעל איבער, פון מייןגראס האכנאסע און פאמיליע גרייס איז אונטערטעניק צו באשטעטיקונג דורך די שפּיטאָל. איך אויך פֿאַרשטיי אַז אויב די אינפֿאָרמאַציע וואָס איך פאָרלייג איז באשלאסן צו זיין פאַלש, אַזאַ פעסטקייַט וועט רעזולטירן אין אַ אָפּלייקענונג פֿאַר פינאַנציעל הילף, און איך וועל זיין פאַראַנטוואָרטלעך פֿאַר אַלע טשאַרדזשיז פֿאַר באדינונגען צוגעשטעלט. אויב אַ האַסקאָמע איז באקומען באזירט אויף דער זעלביקער אינפֿאָרמאַציע, די בארעכטיגונג פעסטקייַט וועט זיין ריוואָוקט און איך וועל זיין פאַראַנטוואָרטלעך פֿאַר אַלע טשאַרדזשיז, פֿאַר אַלע באדינונגען צוגעשטעלט.

איך באַשטעטיק אַז די אויבענע אינפֿאָרמאַציע איז אמת, פולשטענדיק און ריכטיק צו די בעסט פון מיין וויסן. דערמיט, איך געב מיין דערלויבעניש צו די ברוקדייל האספיטאל מעקדיקאל צענטר צו באַשטעטיקן קיין אינפֿאָרמאַציע פּערטינאַנט צו דעם אַפּלאַקיישאַן.

חתימה פון אַפּליקאַנט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_דאטע \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דרוק נאָמען: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אויב איר האָט פֿראגן אָדער איר דאַרפֿט הילף צו פאַרענדיקן דעם אַפּלאַקיישאַן, רופן די פינאַנציעל אָפפיסע ביי 718) 240 - 5240.

אויב איר האָט באקומען אַ רעכענונג אָדער ביללס פון די שפּיטאָל, טשעק דאָ: \_\_\_\_ איר קענט נישט האכטן קיין ביללס ביז די שפּיטאָל האט געגעבן אַ באַשלוס אויף די אַפּלאַקיישאַן.

**ביטע שיק די פארענדיקטע פאָרעם און אַטאַטשמאַנץ צו: Financial Investigations Office - 4th Floor- Snapper Building**