



E

Μέλη του νοικοκυριού και εισόδημα νοικοκυριού από εργασία

Από πόσα άτομα αποτελείται το νοικοκυριό σας; \_\_\_\_\_

Αναφέρετε κάθε μέλος του νοικοκυριού που έχει εισόδημα (αν χρειαστεί, επισυνάψτε πρόσθετο φύλλο):

Όνοματεπώνυμο μέλους	Σχέση με τον αιτούντα	Ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα (χωρίς την παρακράτηση φόρου)
		\$
		\$
		\$
<b>Συνολικό ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα</b>		\$

F

Άλλο εισόδημα νοικοκυριού (μη προερχόμενο από εργασία)

Άλλες εισοδηματικές πηγές	Ποσό ανά μήνα
Διατροφή παιδιών/Διατροφή	\$
Αναδοχή ανηλίκου, Συμμετοχή στην τοπική αυτοδιοίκηση, Εισόδημα από εκκλησιαστική θέση, κ.λπ.	\$
Σύνταξη, Κοινωνική ασφάλιση, Επίδομα αναπηρίας	\$
Μίσθωση ακινήτου	\$
Επιδόματα, Τόκοι, Εισόδημα από συνταξιοδοτικά προγράμματα	\$
Επίδομα ανεργίας ή Αποζημίωση για εργατικό ατύχημα	\$
Άλλο (Διευκρινίστε)	\$
<b>Σύνολο άλλων εισοδηματικών πηγών</b>	\$

G

Περιουσιακά στοιχεία νοικοκυριού

Τύπος περιουσιακού στοιχείου	Σύνολο
Μετρητά	\$
Λογαριασμός ταμειυτηρίου	\$
Λογαριασμός όψεως	\$
Μετοχές	\$
Ομόλογα	\$
Αποταμειυτικά ομόλογα	\$
Πιστοποιητικά καταθέσεων (Certificates of Deposit, CD)	\$
Λογαριασμοί χρηματαγοράς	\$
Αμοιβαία κεφάλαια	\$
Καταπιστεύματα	\$
<b>Συνολικά περιουσιακά στοιχεία</b>	\$

H

Μηνιαίες δαπάνες νοικοκυριού

Τύπος δαπάνης	Ποσό ανά μήνα
Ενοίκιο	\$
Υποθήκη	\$
Διατροφή παιδιών	\$
Σούπερ μάρκετ	\$
Δόση αυτοκινήτου	\$
Γενικοί λογαριασμοί	\$
<b>Συνολικές μηνιαίες δαπάνες νοικοκυριού:</b>	\$

I

Εξουσιοδότηση

Εγώ, δια του παρόντος, καθιστώ νόμιμη τη διάθεση των πληροφοριών της παρούσας αίτησης στο Henry Ford Health System (HFHS) για τον προσδιορισμό της καταλληλότητάς μου για οικονομική ενίσχυση βάσει της πολιτικής και των διαδικασιών του HFHS. Εξουσιοδοτώ το HFHS να επαληθεύσει την εγκυρότητα αυτών των πληροφοριών ως απαιτείται, συμπεριλαμβανομένης ενδεικτικά, αλλά μη περιοριστικά, της δυνατότητας να αποκτήσει πρόσβαση σε αναφορές χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, να εξακριβώσει το αληθές της εργασιακής κατάστασης ή/και του εισοδήματος και να λάβει τα σχετικά συνοδευτικά έγγραφα. Όλα τα στοιχεία και τα δικαιολογητικά ως προς το εισόδημά μου έγγραφα που παρέχονται σε αυτή την αίτηση είναι αληθή, ακριβή και πλήρη. Σε περίπτωση που οποιαδήποτε χρονική στιγμή αποδειχθεί πως τα παρεχόμενα στοιχεία είναι αναληθή ή ανακριβή, τότε κάθε είδους οικονομική ενίσχυση αναστρέφεται και υποχρεούμαι να αποπληρώσω άμεσα κάθε τυχόν ανεξόφλητο ποσό. Επιπροσθέτως, αποδέχομαι την ευθύνη αποπληρωμής οποιουδήποτε οφειλόμενου ποσού, μετά την αφαίρεση τυχόν εκπτώσεων από μερική οικονομική ενίσχυση.

Όνοματεπώνυμο (Ολογράφως): \_\_\_\_\_ Σχέση με τον ασθενή: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει όλα τα στοιχεία της αίτησης και ότι έχετε προσκομίσει όλα τα έγγραφα που απαιτούνται για την διεκπεραίωσή της προτού επιστρέψετε την αίτησή σας:**

<input type="checkbox"/> Συμπλήρωσα όλες τις σελίδες της αίτησης, συμπεριλαμβανομένης της υπογραφής και της ημερομηνίας	<input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα πιο πρόσφατες Καταστάσεις Μισθών και Φόρων (Wage and Tax Statements, Form W-2) ή/και Λοιπά Εισοδήματα (Miscellaneous Income, Form 1099)	<input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα εκκαθαριστικά μισθοδοσίας των τελευταίων 2 μηνών με τις αποδοχές από την αρχή του έτους μέχρι την εκάστοτε τρέχουσα ημερομηνία για κάθε μέλος του νοικοκυριού
<input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα την Ομοσπονδιακή Φορολογική Δήλωση Εισοδήματος (Federal Income Tax Return) του τελευταίου φορολογικού έτους (Form 1040)	<input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα αντίγραφο ισχύουσας άδειας οδήγησης ή ταυτότητας της πολιτείας του Μίσιγκαν	<input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα πρόσφατο αντίγραφο εκκαθαριστικών τραπεζικών λογαριασμών όψεως/ταμιευτηρίου των τελευταίων 2 μηνών
<input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα αποδεικτικό άλλων εισοδημάτων (π.χ. εισόδημα από ενοίκια κτλ.)	<input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα αντίτυπα καρτών ιατρικής ασφάλισης (αν έχετε ασφάλιση)	<input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα αντίτυπο της επιστολής απόρριψης από το πρόγραμμα Medicaid (αν έχετε κάνει αίτηση και έχει απορριφθεί)

**Σημειώστε πως ενδέχεται να χρειαστεί υπεύθυνη δήλωση οικονομικής ανάγκης για την περαιτέρω αξιολόγηση της αίτησής σας.**