

Client ID # _____

Please Return By: _____



Formatted: Left

APLIKASYON POU ASISTANS FINANSYE (KREYOL)

ENFÔMASYON AVEK ENSTRIKSYON: Nou itilize enfòmasyon gouvenman federal la soti pou detèmine ki salè ki kalifye pou Asistans finansye.. Frè nou chaje kliyan yo pral baze sou total salè kay la ak kantite moun ki nan kay la.

pou kalifye pou asistans nou pa pran an konsiderasyon ras, koulè, sèks, laj, andikap, relijyon, estati veteran, kwayans politik, oryantasyon seksyèl, kondisyon mariaj, estati finansye, ak / oswa nenpòt karakteristik ki etabli yon moun apa de yon lòt moun.

APLIKASYON SA NESESÈ SI OU SWETE POU NOU REDUI FRÈ YO POU OU. TANPRI PRETE ATANSYON.:

- ASPIRE mande pou tout kliyan yo pwouve presizyon enfòmasyon yo avek dokiman nesèsè sinon demann ou fè a ka refize.
- Tout kliyan ki benefisye de frè redwi oblije imedyatman fè nou konnen nenpòt chanjman nan salè ou oubyen nomb de moun nan kay la.
- Yon kliyan oubyen yon reprezantan ASPIRE ka mande pou yo redui frè sevis yo nenpòt kilè.

DOSYE NOU BEZWEYEN YO POU RANPLI APLIKASYON AN EKRI ANBA. .

TANPRI VINI AVEK DOSYE SA YO NAN BIWO BIZNIS LA POU NOU KA RANPLI APLIKASYON AN. OU SIPOZE VINI AVEK DOKIMAN YO AN PÈSON NAN BIWO A. NOU PAP AKSEPTE DOSYE KI PA KONPLÈ. TOUT DOSYE SIPOZE RESAN E ORIJINAL.

NOU AKSEPTE APLIKASYON DE LENDI AK VANDREDI DE 7:30 AM -12:45 PM AK 2:00PM -3:00 PM nan 'ADULT MEDICATION CLINIC' (zòn jòn nan) .

Tcheke kare ki apwopriye pou kliyan sa a:

- Tout moun ki ap aplike dwe pote bagay sa yo:

Kat Identifikasyon ki soti nan "Orange, Osceola, Brevard oubyen Seminole County" oswa yon paspò ak dokiman sipò ki montre ke ou aplike pou kat identifikasyon. .

1. Kat Sosyal Sekirite pou kliyan an ak tout moun ki soukont li yo, oubyen yon lèt ki soti nan Biwo Sosyal Sekirite ki deklare ke ou aplike pou kat sosyal sekirite.
2. Deklarasyon aktyèl bil, kontra lokasyon oubyen pèman kay (adrès la sipoze menm adrès kinan dosye yo)
3. Lèt refi Medicaid oswa prèv ke ou te aplike
4. Total salè nan kay la : Alimantè, Sipò pou Timoun, Tout kob ki prete pou lekòl, oubyen Trust Fund.

4.

Formatted: List Paragraph, No bullets or numbering

- Aplikan ki pa travay oubyen moun ki soukont yon lòt moun.
 1. Si yon lòt moun ap sipòte ou, ou dwe bay yon lèt sipò ki resan e notarye (si moun ki sipòte ou a vini avèk ou li bezwen montre yon foto idantifikasyon ki valab e lèt la pa bezwen notarye) .
 2. Asistan Alimantè oubyen yon lèt refi.
 3. Dokimantasyon nan sipò - konpansasyon chomaj oswa lèt refi.

Formatted: Indent: Left: 0.5", No bullets or numbering

Moun ki travay ak tet yo.: (Self-employed)

1. Papyè taks pou 2 ane ki pi resan yo.
2. Si pagen papyè taks, yon dosye ki soti nan men yon kontab ki dokimante pwofwi avèk pèt biznis lan.

Anplwaye: (Employed)

1. 1 mwa chèk pèman youn apre lòt - 2 chèk si yo peye chak 2 semèn oubyen chak demi-mwa, 1 chèk si ou touche chak mwa, 4 chèk si ou touche chak semèn.
2. Si ou ap travay yon kote ou touche avèk lot moun pote tout chèk ou pou mwa ki pi resan.
3. Si ou ap travay sou komisyon pote omwen chèk pou 3 mwa konsekitif.

Si ou resevwa SSDI oswa SSI: (Receiving SSDI or SSI)

1. Kopi lèt ki di ou kalifye, chèk la, oubyen pote yon rapòtmant bank ki montre ke chèk la te depoze.
2. Si ou jwenn asistan alimantè, pote lèt ki di ke ou kalifye a oubyen yon lèt ki di ke ou pa kalifye.

Moun ki pagen kay pou yo dòmi. (Homeless)

1. Lèt ki soti nanabri kote ou dòmi an (nonabri dwe sou lèt la) oubyen yon lèt ki soti nan men moun ki ap regle aplike pou asistans pou ou a.
2. Si ou jwenn asistan alimantè, pote lèt ki di ke ou kalifye a oubyen yon lèt ki di ke ou pa kalifye

Formatted: Indent: Left: 0.5", No bullets or numbering

**** TANPRI FÈ NOU KONNEN SI OU APLIKE POU ASIRANS OUBYEN SI OU GENYEN ASIRANS****

Mwen sètifye ke tout enfòmasyon mwen bay Aspire nan aplikasyon sa se laverite nan pi bon konesans mwen ak kwayans mwen. Mwen konprann ke dapre Seksyon 817.50 Lwa Florida si mwen bay fo enfòmasyon nan founisè swen sante a jis pou mwen ka pwofite de machandiz ak sèvis yap bay yo se yon deli dezyèm degre. Mwen otorize tout bank yo, anplwayè yo, ak / oswa enstitisyon finansye yo divilge enfòmasyon finansye konsènan mwen bay reprezantan otorize Aspire Health Partners, Inc.

Kliyan, gadyen, siyati (Client Signature)

Dat (Date)

Reprezantan Aspire Siyati (Aspire Representative Signature)

Dat (Date)

OFISYÈL SÈLMAN KI KA UTILIZE SEKSYON SA (OFFICIAL USE ONLY)

CRITICAL DATA

AUTHORIZED BY:

CLIENT NUMBER _____

TOTAL NUMBER OF DEPENDENTS _____

TOTAL HOUSEHOLD INCOME _____

ELIGIBLE DISCOUNT _____

EMPLOYEE NAME _____

DATE _____

NOTES

Medicaid Outcome: 455 Applied 470 Denied Other:

CONFIDENTIAL