

**NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL**  
**APLIKIM PËR KUJDES SHËNDETËSOR TË PËRBALLUESHËM**

Emri i pacientit \_\_\_\_\_ Datëlindja \_\_\_\_\_  
Mbiemri \_\_\_\_\_ Emri \_\_\_\_\_ Iniciali i mesëm \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_  
Numri dhe rruga, numri i apartamentit \_\_\_\_\_ Qyteti \_\_\_\_\_ Shteti \_\_\_\_\_ Kodi postar \_\_\_\_\_

Nr. i telefonit (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Profesionit \_\_\_\_\_ Punëdhënësi \_\_\_\_\_

Adresa e punëdhënësit \_\_\_\_\_ Nr. i telefonit të punëdhënësit \_\_\_\_\_

**Të ardhurat** – Listoni të ardhurat e përgjithshme për veten, bashkëshortin/bashkëshorten dhe të gjithë anëtarët e tjerë të familjes nga:

Lloji i të ardhurave	Totali në 3 muajt e fundit	Totali në 12 muajt e fundit
Pagat		
Të ardhurat nga vetëpunësimi		
Ndihma shtetërore		
Sigurimet shoqërore		
Kompensimi i papunësisë/i punëtorëve:		
Pensioni ushqimor		
Asistenca e fëmijëve		
Pensione		
Të ardhurat nga dividendët		
Totali		

Spitali ju kërkon të dorëzoni dokumentacion për të verifikuar të ardhurat e paraqitura më lart. Shembuj të dokumentacionit mund të përfshijnë listëpagesa që detajojnë pagën, letër nga punëdhënësi, nëse është e zbatueshme, formularin 1040 etj.

**Madhësia e familjes** - Anëtarët e familjes që jetojnë në shtëpinë tuaj:

Emri	Mosha	Marrëdhënia

*Shënim: Ju lutemi bashkëngjitni një fletë tjetër nëse nevojitet hapësirë shtesë.*

KY APLIKIM MUND TË PARAQITET NË SPITAL NË ÇDO KOHË GJATË PROCESIT TË FATURIMIT DHE TË MBLEDHJES.

PASI TË KENI PARAQITUR NJË APLIKIM TË PLOTËSUAR DHE DOKUMENTACIONIN MBËSHTETËS NË SPITAL NË ADRESËN E MËPOSHTME, MUND TË SHPËRFILLNI ÇDO FATURË DERISA SPITALI TË KETË LËSHUAR NJË VENDIM ME SHKRIM PËR APLIKIMIN TUAJ.

PËR TË PARAQITUR KËTË APLIKIM PËR KUJDES SHËNDETËSOR TË PËRBALLUESHËM, JU LUTEMI TË LEXONI DEKLARATËN E MËPOSHTME DHE TË NËNSHKRUANI NË VENDIN E TREGUAR MË POSHTË.

ME ANË TË KËTIJ DOKUMENTI, KËRKOJ QË “NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL” TË HARTOJË NJË PËRCAKTIM ME SHKRIM TË KUALIFIKUESHMËRISË TIME PËR KUJDESIN SHËNDETËSOR TË PËRBALLUESHËM. UNË E KUPTOJ SE INFORMACIONI QË PARAQES NË LIDHJE ME TË ARDHURAT E MIA VJETORE DHE MADHËSINË E FAMILJES SIMË ËSHTË OBJEKT I VERIFIKIMIT NGA SPITALI. UNË KUPTOJ GJITHASHTU QË, NËSE INFORMACIONI I PARAQITUR PREJ MEJE VËRTETOHET SI I RREMË, KY PËRCAKTIM DO TË SJELLË REFUZIMIN E KUJDESIT SHËNDETËSOR TË PËRBALLUESHËM DHE UNË MUND TË JEM PËRGJEGJËS PËR FATURAT PËR SHËRBIMET E OFRUARA. POHOJ SE, NË DIJENINË TIME, INFORMACIONI I MËSIPËRM ËSHTË I VËRTETË DHE I SAKTË. MË TEJ, ME ANË TË KËTIJ DOKUMENTI, I JAP LEJE “NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL” QË TË VERIFIKOJË ÇDO INFORMACION NË LIDHJE ME KËTË APLIKIM.

Data \_\_\_\_\_ Nënshkrimi i aplikantit \_\_\_\_\_ Nr. i llogarisë \_\_\_\_\_

Aplikimi i plotësuar duhet të dërgohet me postë në:

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services  
3 Expressway Plaza, Suite 200  
Roslyn Heights, NY 11577  
Att.: Jerome Fields  
Ose me faks në: (516) 801-8504