



St. Thomas East End Medical Center Corporation
 4605 Tutu Park Mall, Suite 207
 P.O. Box 503177
 St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
 Fax: (340)777-7927

"Your Health is our First Priority"

APLIKASYON POU RABÈ NAN FRÈ

Premye Fwa **Renouvèlman**

Non Aplikan: _____ Dat: _____

Dat ou Fèt: ____/____/____ Nimewo Kat Sosyal: _____

Telefòn Lakay: _____ Telefòn Mobil: _____

Adrès Kay: _____ Vil/Eta: _____

Adrès Postal: _____ Vil/Eta: _____

Anplowayè: _____ Adrès: _____

Chak Ane Chak 2 Semèn Chak Mwa Chak Jou 2 Fwa pa Mwa Chak Semèn Kantite lajan: \$ _____

Sipò pou Timoun \$ _____ Asirans: _____

Afidavit - Si mwen founi STEEMCC prè revni fanmi m epi revni mwen tonbe nan direksyon Echèl Frè Tarif yo, frè pou sèvis yo ap redwi. Mwen konprann ke yo pral chaje m 100% frè yo si mwen pa kapab founi dokiman ki obligatwa yo. Mwen konprann ke mwen pa kalifye pou frè Echèl glise yo si mwen genyen asirans oswa MAP.

Siyati Aplikan: _____ Dat: _____

Mari/Madanm Lòt Moun Enpòtan Non li: _____

Dat li Fèt: ____/____/____ Nimewo Kat Sosyal: _____

Chak Ane Chak 2 Semèn Chak Mwa Chak Jou 2 Fwa pa Mwa Chak Semèn Kantite lajan: \$ _____

Sipò pou Timoun \$ _____ Asirans: _____

Siyati Mari/Madam: _____ Dat: _____

* Yo dwe bay STEEMCC prè yon mwa revni nan yon delè 30 jou apati dat efikas pou pwoteksyon tanporè. Rabè yo bon pou 12 mwa (1 Ane) epi yo dwe renouvle apre peryòd sa a pou kenbe nivo rabè yo.

Lòt Moun Nan Kay La: Fè Lis Manm Fanmi Yo

Non	# Kat Sosyal	Relasyon	Dat Nesans	Laj 18 Oswa Pi Piti	
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	_____	Asire	
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non

Tanpri fè lis sikonstans espesyal nou bezwen konnen:

Official Use Only

- Most recent tax form
 - Self- Employed (schedule C)
 - Last/ Previous paystubs (4) Gross Income
 - Benefits check (Unemployment/ Disability/SSI/ Alimony/Child Support)
 - Self-Declaration Income (None/ Limited Income)
 - Notarized Letter (Personal Assistance)
 - No. of children in household
 - Total Household Gross Income \$ _____
- Application Received By: _____ Date _____ Approved Date From ____/____/____ To ____/____/____
- Initials



St. Thomas East End Medical Center Corporation
4605 Tutu Park Mall, Suite 207
P.O. Box 503177
St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
Fax: (340)777-7927

"Your Health is our First Priority"

DEKLARASYON PWÒP NAN REVNI (PA NAN TRAVAY AKTYÈLMAN)

Mwen, _____ sètifye ke revni total mwen se \$ _____

Chak semèn Chak Mwa Chak Ane Gwosè Fanmim: _____

(Fwaye=Aplikan=Mari/Madanm/Lòt Moun Enpòtan=Depandan Legal Pou Tax)

Kounye a mwen:

- Pap travay – ap cheche travay Pap travay – ap aplike pou andikap
 Andikape – Ap resevwa revni andikape Retrete
 Lòt bagay: _____

Mwen sètifye ke tout deklarasyon ki fèt nan sa a vre ak kòrèk epi sijè a verifikasyon. Mwen otorize tou po yo divulge dosye travay ak lòt enfòmasyon finansye ki nan aplikasyon echèl la bay nenpòt ajan St. Thomas East End Medical Center pou detèminasyon frè echèl glise a.

Enstriksyon: Si ou pa gen revni oswa revni ki piti epi ou resevwa asistans nan men zanmi/fanmi, benefisyè ou yo dwe pou yo ranpli, siyen ak date bagay sa yo.

DEKLARASYON SOU ASISTANS PÈSONÈL

Mwen, _____, ede _____ (Pasyan) Bay bezwen lavi debaz ki nan lis anba a:

Abri: Wi Non Manje: Wi Non Lajan: Wi Non Konbyen: \$ _____
Relasyon ou ak aplikan: _____ Dat: _____

Non (Tanpri enprime): _____

Adrès: _____

Telefòn Kay: _____

Mobil: _____

Siyati: _____ Dat: _____

Tanpri bay lis nenpòt sikonstans espesyal:

NOTARY OF PUBLIC

Subscribed and sworn before me this _____ day of _____, 20_____ in St. Thomas, US Virgin Islands.

Notary Public