



CHILDREN'S SMILE FOUNDATION

60-43 Maspeth Ave

Maspeth, NY 11378

www.childrensmilefoundation.org

email:info@childrensmilefoundation.org

Phone 1-718-894-6443

Fax 1-718-416-4068

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE
PODANIE O POMOC FINANSOWĄ

LAST NAME Nazwisko		FIRST NAME Imię	
ADDRESS Adres			
TELEPHONE Telefon			

Personal Information / Dane osobowe

Social Security Number Numer Ubezpieczenia Socjalnego	
Date and Place of Birth Data i miejsce urodzenia	
Martial Status Stan cywilny	
Current or Former Occupation Zawód obecny lub wykonywany	
Are you US Citizen? Czy jest Pan/Pani obywatelem USA?	
How long in the USA? Jak długo przebywa Pan/Pani w USA?	
Are you a veteran? Czy jest Pan/Pani weteranem?	
Name of Spouse & Social Security number Imię i nazwisko oraz # ubezpieczenia socjalnego współmałżonka	
Parent's place of Birth Miejsce urodzenia rodziców	
Child name, age, address and phone number Imię i nazwisko dziecka, wiek, adres zamieszkania oraz numer telefonu	

Child name, age, address and phone number Imię i nazwisko dziecka, wiek, adres zamieszkania oraz numer telefonu	
Child name, age, address and phone number Imię i nazwisko dziecka, wiek, adres zamieszkania oraz numer telefonu	
Child name, age, address and phone number Imię i nazwisko dziecka, wiek, adres zamieszkania oraz numer telefonu	

Financial Background Information – Please provide as much documentation as possible so facilitate the confirmation of the need

Informacje o dochodach – proszę dostarczyć dokładne i aktualne dane w celu przyśpieszenia rozpatrzenia podania (zaświadczenie o zarobkach rodziców, stan majątkowy, opinia z Ośrodka Opieki Społecznej, zaświadczenie o zasiłku lub zapomodze, pomoc z innych organizacji, itp)

Annual income Dochód roczny	
Previous year tax return. If not available, please attach explanation zeszłoroczne rozliczenie podatkowe lub wyjaśnić jego brak	
Are currently employed? Czy jest Pan/Pani obecnie zatrudniony/a?	
Is your spouse employed? State total annual income Czy współmałżonek pracuje? Proszę podać wspólny dochód roczny	
Enter amount of Social Security Income Proszę podać dochód otrzymywany z ubezpieczenia społecznego	
Are you receiving Medicare? Czy otrzymuje Pan/Pani Medicare?	
Are you receiving Medicaid? Czy otrzymuje Pan/Pani Medicaid?	
Are you receiving any other welfare benefits? Czy otrzymuje Pan/Pani inne zasiłki socjalne?	

<p>Do you have any other health insurance coverage? Czy ma Pan/Pani ubezpieczenie zdrowotne?</p>	
<p>Enter amount of income from other sources Proszę podać dochody z innych źródeł</p>	
<p>Are you receiving any other benefits? Czy otrzymuje Pan/Pani inne zapomogi?</p>	
<p>Have you contacted local social services? Czy kontaktował/a się Pan/Pani z lokalnymi przedstawicielami opieki społecznej?</p>	
<p>Do you own real estate? Czy jest Pan/Pani właścicielem nieruchomości?</p>	
<p>Do you have bank accounts? What is the total balance? Czy ma Pan/Pani konto w banku. Jaki jest stan konta?</p>	
<p>What is the value of your total assets? Jaka jest wartość Pana/Pani majątku?</p>	

Reason for request (if available, please supply any supporting evidence: medical documentation, doctor treatment, hospitalization).

Uzasadnienie podania (Jeśli jest to możliwe proszę dołączyć dokumentację popierającą Pana/Pani podanie, np.zaświadczenie zdrowotne, diagnozę lekarską, dokumentację medyczną, szpitalną, opis leczenia).

- Most recent tax return/** ostatni odcinek zwrotu podatku.
- Social Security payment receipt /** Odcinek otrzymywanej renty/zapomogi.
- Letter from Social Security/** List z Ośrodka Opieki Społecznej.
- Medical documentation, hospitalization, treatment /** Dokumentacja medyczna, zaświadczenie od lekarza, leczenie, pobyt w szpitalu.
- References (for example: hospital, doctor, church, social worker, school, bank etc)**
Listy polecające (np.ze szpitala, od lekarza, od pracownika opieki społecznej, z kościoła, z banku, ze szkoły).
- Bank statement /** Wyciąg z konta.
- Other benefits documentation /** Dokumentacja o zapomogach, pomocy finansowej z innych organizacji charytatywnych.
- Other /** Inne.

How did you learn about our organization?	
Skąd dowiedzieliście się o fundacji CSF?	

This is to certify that all statements herein and any supporting documents are true to the best of the undersigned's knowledge, information and belief and these documents give a true and correct indication of the applicant's financial and health condition. I understand that false or missing information will result in denial of application.

Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszym wniosku dane oraz informacje zawarte w załączonych dokumentach są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a, że błędne i niewłaściwe informacje podane we wniosku i w załączonych dokumentach celowo lub na skutek niedbałości mogą spowodować odmowę udzielenia pomocy.

Signature of Applicant / Podpis składającego aplikację	Date/ Data

In case of emergency, please notify (name, address, relationship, and phone)

W nagłym wypadku proszę powiadomić (imię I nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa, telefon):

For office use only / Do wypełnienia przez Children's Smile Foundation

Date Received / Data otrzymania podania	
Date Reviewed / Data rozpatrzenia	
Action taken / Decyzja CSF	
Next review date / Data kolejnej rewizji	
Applicable signature / Podpisy	