



POLISH ASSISTANCE, INC.

Polska Bratnia Pomoc
 15 East 65th Street, Third Floor, New York, New York 10065
 TEL. (212)570-5560 - FAX (212)570-5561
www.PolishAssistance.org
 E-mail: office@polishassistance.org

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE PODANIE O ZAPOMOGE

Last Name <i>Nazwisko</i>		First Name <i>Imię</i>	
Address Street City, State, Zip Telephone <i>Adres i telefon</i>			

Personal Background Information / *Dane osobowe*

Social Security # <i>Numer Ubezpieczenia Socjalnego</i>	
Date of Birth and place of birth <i>Data i miejsce urodzenia</i>	
Marital Status - <i>Stan cywilny</i>	
Current or Former Occupation <i>Zawód – obecny lub wykonywany</i>	
Are you US citizen? <i>Czy jest Pan/i obywatelem U.S.A.?</i>	
How long in the US? <i>Jak długo przebywa Pan/i w U.S.A.?</i>	
Are you a veteran? <i>Czy jest Pan/i weteranem?</i>	
Name of Spouse & Social Security # <i>Imię, nazwisko i numer ubezpieczenia społecznego współmałżonka.</i>	
Parent's place of birth <i>Miejsce urodzenia rodziców</i>	
Child Name, Age, Address & phone <i>Imię, nazwisko, wiek, adres i telefon dziecka</i>	
Child Name, Age, Address & phone <i>Imię, nazwisko, wiek, adres i telefon dziecka</i>	
Child Name, Age, Address & phone <i>Imię, nazwisko, wiek, adres i telefon dziecka</i>	
Child Name, Age, Address & phone <i>Imię, nazwisko, wiek, adres i telefon dziecka</i>	

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

Informacja o dochodach – proszę dostarczyć dokładne i aktualne dane w celu przyspieszenia rozpatrzenia podania.

Please state total annual income – <i>Proszę podać swój roczny dochód</i>	
Is previous year tax return attached? If not available, please attach explanation. <i>Proszę dołączyć zeszłoroczny odcinek rozliczenia podatkowego lub wyjaśnić jego brak.</i>	
Are you currently employed? – <i>Czy jest Pan/i obecnie zatrudniony/a?</i>	
Is your spouse employed? State total annual income. – <i>Czy współmałżonek/a pracuje? Proszę podać wspólny roczny dochód.</i>	
Enter amount of Social Security Income – <i>Proszę podać dochód otrzymywany od ubezpieczenia społecznego (Social Security Income).</i>	
Are you receiving Medicare? – <i>Czy otrzymuje Pan/i Medicare?</i>	
Are you receiving Medicaid? – <i>Czy otrzymuje Pan/i Medicaid?</i>	
Are you receiving any other welfare benefits? – <i>Czy otrzymuje Pan/i jakies inne zasiłki socjalne?</i>	
Do you have any other health insurance coverage? – <i>Czy ma Pan/i ubezpieczenie zdrowotne?</i>	
Enter amount of income from other sources – <i>Proszę podać dochody z innych źródeł?</i>	
Are you receiving any other benefits? <i>Czy otrzymuje Pan/i jakieś inne zapomogi?</i>	
Have you contacted local social services? <i>Czy kontaktował/a się Pan/i z lokalnymi przedstawicielami opieki społecznej?</i>	
Do you own real estate? <i>Czy jest Pan/i właścicielem nieruchomości?</i>	
Do you have bank accounts? What is the total balance? <i>Czy ma Pan/i konto w banku? Jaki ma ono bilans?</i>	
What is the value of your total assets? <i>Jaka jest wartość Pana/i majątku?</i>	

Reason for request (If available, please supply any supporting evidence. For example, if health related, please supply hospitalization and or doctor treatment).

Uzasadnienie podania (Jeśli jest to możliwe, to proszę dołączyć dokumentację popierającą Pańskie podanie, n.p. jeśli jest to umotywowane zdrowiem proszę załączyć dowód pobytu w szpitalu i/lub odpis leczenia).

Attachments/ Załączniki:

Please provide as much as possible. You may be contacted for additional supporting information. *Proszę dostarczyć jak najwięcej z wymienionych poniżej dokumentów. Możemy poprosić później o dodatkowe informacje.*

- Proof of annual income/ *Dowód rocznego dochodu.*

- Most recent tax return/ *Najnowszy odcinek zwrotu podatku.*
- Social security payment receipt/ *Odcinek otrzymywanej renty/zapomogi.*
- Letter from Social Worker/ *List od pracownika opieki społecznej.*
- Documentation on hospitalization and/or treatment (if applicable)/ *Dokumentacje pobytu w szpitalu i/lub leczenia (jeśli dotyczy).*
- References (for example, hospital, doctor, church, social worker, school, bank etc.)/ *Listy polecające (n.p. ze szpitala, od lekarza, z kościoła, od pracownika opieki społecznej, ze szkoły, z banku, itp.)*
- References completed by a person/institution recommending this application. Please include name, position and title, address, telephone, date and signature as well reason for supporting this application/ *List polecający napisany przez osobę lub instytucję rekomendującą to podanie. Powinien on zawierać uzasadnienie wsparcia dla tego podania i imię, nazwisko, pozycję, adres, telefon, datę oraz podpis.*
- Other/ *Inne*

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 applicants' financial and health condition. I understand that false or missing information will result in denial of application.

Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszym wniosku oraz załączonych do niego dokumentach informacje oraz załączone dokumenty są zgodne z prawdą. Jestem świadomy(a), że błędne lub nieścisłe informacje podane we wniosku lub załączonych dokumentach celowo lub na skutek niedbałości mogą spowodować odmowę udzielenia zapomogi.

Signature of Applicant <i>Podpis składającego podanie</i>	Date/ <i>Data</i>

In case of emergency, please notify (name, address, relationship and phone numbers):
W nagłym wypadku proszę powiadomić (Imię, Nazwisko, Adres, stopień pokrewieństwa i telefon):

Additional Comments / Uwagi:

For Office Use Only/ *Do wypełnienia przez biuro Bratniej Pomocy.*

Date Received <i>Data otrzymania</i>	
Date Reviewed <i>Data recenzji</i>	
Action Taken <i>Decyzja</i>	
Next Review Date, If any <i>Data kolejnej rewizji podania (o ile dotyczy)</i>	
Applicable signatures <i>Podpisy</i>	