



We See You, Inc.
 PO BOX 495
 Smallwood, NY 12778

www.weseeyoukids.org

Email: info@weseeyoukids.org

Phone 1-718-664-0505

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE
PODANIE O POMOC FINANSOWĄ

Personal Information /Dane osobowe

CHILD'S LAST NAME Nazwisko Dziecka		FIRST NAME Imię	
ADDRESS IN POLAND Adres zamieszkania w PL			
TELEPHONE Telefon			
Date and Place of Child's Birth Data i miejsce urodzenia dziecka			
Parents' First and Last Names Imiona i Nazwiska Rodziców			
Parents' Martial Status Stan cywilny rodziców			
Parent's place of Birth Miejsce urodzenia rodziców			
Parent's Address in Poland (if different than child's) Adres zamieszkania rodziców w PL (jeśli inny od dziecka)			
Parents' Occupations Zawód rodziców			
How long in the USA? Jak długo przebywa Pan/Pani w USA?			
Are you US Citizen? Czy jest Pan/Pani obywatelem USA?			
Temporary residence address while in the United States (if known) Adres zatrzymania podczas pobytu w USA (jeśli jest znany)			

2nd Child name, age, address and phone number Imię i nazwisko drugiego dziecka, wiek, adres zamieszkania oraz numer telefonu	
3rd Child name, age, address and phone number Imię i nazwisko trzeciego dziecka, wiek, adres zamieszkania oraz numer telefonu	
4th Child name, age, address and phone number Imię i nazwisko czwartego 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	
<i>US Citizens/Residently only</i> <i>Pytania dla obywateli/rezydentów USA</i> 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 National Health Ministry? Will they refund care? Czy kontaktował/a się Pan/Pani z Narodowym Funduszem Zdrowia? Czy zrefundują koszt leczenia?</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 (proszę dołączyć dokumentację popierającą Pana/Pani podanie, np.zaświadczenie zdrowotne, diagnozę lekarską, dokumentację medyczną, szpitalną, opis oraz kosztorys leczenia).

- Medical Treatment Cost Estimate /** Kosztorys leczenia w USA
- 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 We See You, Inc?	

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 We See You, Inc.

Date Received / Data otrzymania podania	
Date Reviewed / Data rozpatrzenia	
Action taken / Decyzja We See You, Inc.	
Next review date / Data kolejnej rewizji	
Applicable signature / Podpisy	