



CHILDREN'S SMILE FOUNDATION  
60-43 Maspeth Ave  
Maspeth, NY 11378  
[www.childrensmilefoundation.org](http://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**

<b>LAST NAME</b> Nazwisko		<b>FIRST NAME</b> Imię	
<b>ADDRESS</b> Adres			
<b>TELEPHONE</b> Telefon			

**Personal Information / Dane osobowe**

<b>Social Security Number</b> Numer ubezpieczenia socjalnego	
<b>Date and place of birth</b> Data i miejsce urodzenia	
<b>Martial status</b> Stan cywilny	
<b>Current or former occupation</b> Zawód obecny lub wykonywany	
<b>Are you US citizen?</b> Czy jest Pan/Pani obywatelem USA?	
<b>How long in the USA?</b> Jak długo przebywa Pan/Pani w USA?	
<b>Are you a veteran?</b> Czy jest Pan/Pani weteranem?	
<b>Name of spouse &amp; Social Security Number</b> Imie i nazwisko oraz # ubezpieczenia socjalnego współmałżonka	
<b>Parent's place of birth</b> Miejsce urodzenia rodziców	

<b>Children / Dzieci</b>					
	<b>Last name</b> Nazwisko	<b>First name</b> Imię	<b>DOB</b> Data urodz.	<b>Place of birth</b> Miejsce urodzenia	<b>Address if different than parent's/guardian's</b> Adres, jeśli jest inny niż rodzica / opiekuna
1.					
2.					
3.					
4.					

**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)

<b>Annual income</b> Dochód roczny	
<b>Previous year tax return.</b> <b>If not available, please attach explanation</b> zeszłoroczne rozliczenie podatkowe lub wyjaśnić jego brak	
<b>Are currently employed?</b> Czy jest Pan/Pani obecnie zatrudniony/a?	
<b>Is your spouse employed? State total annual income</b> Czy współmałżonek pracuje? Proszę podać wspólny dochód roczny	
<b>Enter amount of Social Security Income</b> Proszę podać dochód otrzymywany z ubezpieczenia społecznego	
<b>Are you receiving Medicare?</b> Czy otrzymuje Pan/Pani Medicare?	
<b>Are you receiving Medicaid?</b> Czy otrzymuje Pan/Pani Medicaid?	
<b>Are you receiving 500+?</b> Czy otrzymuje Pan/Pani 500+?	

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

<b>How did you learn about our organization?</b>	
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.

<b>Signature of Applicant</b> / Podpis składającego aplikację	<b>Date/</b> 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	