

GIẤY TỜ CẦN NỘP CHO CHƯƠNG TRÌNH SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

1. **Ảnh nhận dạng cá nhân. PHẢI LÀ NHÂN DẠNG CÁ NHÂN CÓ HIỆU LỰC CỦA IOWA.** Giấy phép lái xe và nhận dạng cá nhân Iowa có thể lấy tại Sở Giao thông vận tải Iowa, 6310 SE Đại lộ Convenience (vừa qua khỏi Corporate Woods Drive) Ankeny, IA 50021. 515-239-1101
2. **Bằng chứng số An sinh xã hội.** Việc này sẽ căn cứ vào thẻ An sinh xã hội của bạn. Nếu bạn không có thẻ An sinh xã hội, vui lòng thông báo cho nhân viên tư vấn tài chính. Có thể đặt mua thẻ An sinh xã hội thay thế tại Khu phức hợp văn phòng Riverpoint, số 455 SW đường số 5 Suite "F" Des Moines, Iowa. 1-800-772-1213. Giờ làm việc là thứ Hai – thứ Sáu: 9 giờ sáng đến 3:30 chiều.
3. **Bằng chứng cư trú.** Chúng tôi sẽ cần chứng minh rằng bạn sống ở Khu vực Nhà Y tế Iowa Cares 5. Để làm việc này, chúng tôi sẽ cần các giấy tờ. Biên lai cho thuê, hóa đơn tiện ích, các báo cáo bảo hiểm, hoặc thư "Chính thức" được gửi tới cho bạn tại "địa chỉ sinh sống" trong 30 ngày qua. Không được là hòm thư bưu điện, địa chỉ "gửi thư" hoặc thư "rác" được gửi đến cho bạn hoặc "cư trú hiện tại". Chúng tôi không chấp nhận thư từ Trung tâm Y tế Broadlawns.
4. **Bằng chứng thu nhập.** Chúng tôi yêu cầu bằng chứng về TẤT CẢ thu nhập, nhân được trong 30 ngày qua. Việc này có thể, nhưng không giới hạn với: tất cả các khoản chuyển tiền lương trong 30 ngày qua hoặc xác minh người sử dụng lao động, các báo cáo An sinh xã hội, các khoản giải ngân bồi thường cho người lao động, trợ cấp cho người khuyết tật. Cấp dưỡng con cái, trợ cấp chăm sóc nuôi dưỡng, tự kinh doanh. Di sản thừa kế
5. **Khai thuế thu nhập.** Chúng tôi yêu cầu một bản sao của tờ khai Thuế Thu nhập Liên bang được nộp gần đây nhất.
NẾU Không có thu nhập/Thất nghiệp. Chúng tôi yêu cầu nộp **Thư hỗ trợ nhà ở** (Thông báo Hỗ trợ)
6. **Bằng chứng về đơn xin An Sinh xã Hội cho Người khuyết tật.** Việc này được chứng minh bằng giấy tờ từ Cơ quan An sinh xã hội (515-283-0212) cho thấy ngày nộp đơn khiếu nại hoặc tuyên bố bằng văn bản từ bất kỳ đại diện pháp lý/Luật sư nào được chọn.
7. **Nếu bạn đủ điều kiện tham gia các Chương trình Chăm sóc của Medicaid / Iowa** Bạn phải đăng ký các Chương trình Chăm sóc của Medicaid / Iowa. Hỗ trợ tài chính có thể có HOẶC không có sẵn. Người Tư vấn tài chính của bạn sẽ hỗ trợ bạn trong việc đưa ra quyết định này. Bằng chứng bảo trợ với các chương trình này là bắt buộc. Bản sao Thông báo Quyết định của Bộ Dịch vụ Nhân sinh Iowa sẽ có thông tin này, (Iowa Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 Giờ làm việc từ 8 giờ sáng tới 4:30 chiều thứ Hai – thứ Sáu)
8. **Bạn phải nộp thông báo về các phúc lợi Phiếu Thực phẩm.** Bản sao Thông báo Quyết định của Bộ Dịch vụ Nhân sinh Iowa sẽ có thông tin này, (Iowa Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 Giờ làm việc từ 8 giờ sáng tới 4:30 chiều thứ Hai – thứ Sáu)
9. **Giấy khai sinh.** Bạn phải nộp Giấy khai sinh của tất cả những người đủ điều kiện. Phải là một văn bản được Bang cấp với con dấu của Bang. (Các yêu cầu về Giấy Khai sinh của Iowa: 515-281-4944. Tòa nhà Văn phòng Bang Lucas 321 East 12th, Des Moines Iowa.)
10. **Bằng chứng với tất cả các Tài khoản** bao gồm, nhưng không giới hạn với: Séc, các khoản tiết kiệm, IRA's, 401K's, CD's, cổ phiếu, trái phiếu, 403B's, quỹ tín thác, các khoản hàng năm, IPERS và bất cứ loại tài khoản tiền nào khác. Chúng tôi cần một bản sao của bảng sao kê Ngân hàng hiển thị số tiền có trong các tài khoản này.
11. **Bằng chứng thanh toán cấp dưỡng con cái.** Nếu bạn trả tiền cấp dưỡng con cái, bạn sẽ cần mang theo các bằng chứng về khoản thanh toán của mình trong 90 ngày qua. **Chương trình cấp dưỡng con cái của Iowa 1-888-229-9223, các ngày trong tuần 8:00 sáng đến 5:00 chiều. CST**
12. **Khác:** Bất kỳ thông tin nào khác mà người Tư vấn tài chính có thể cần để xác định tư cách của bạn.

TƯ VẤN TÀI CHÍNH KIỂM TRA

Ngày: Thứ Sáu, Tháng Sáu 21, 2019 Số hồ sơ y tế _____

Cựu chiến binh: _____
Trẻ em: _____
Người khuyết tật: _____
Comm Ins.: _____
T19 App: _____
PHC: _____
**Phần dành cho Nhân Viên **

Người nộp đơn

Vợ/Chồng

Họ và tên: _____ Họ và tên: _____
Ngày sinh: _____ tuổi: _____ Ngày sinh: _____ tuổi: _____
Số An sinh xã hội _____ Số An sinh xã hội _____
Giới tính: nam / nữ ngôn ngữ chính: _____ Giới tính: nam / nữ ngôn ngữ chính: _____
Công dân Hoa Kỳ: có / không Công dân Hoa Kỳ: có / không
Tình trạng hôn nhân (chọn một): độc thân (chưa từng kết hôn) / đã kết hôn / ly thân / ly dị / góa / đối tác theo luật chung
Có từng phục vụ trong Quân vụ Hoa Kỳ không? **Có / Không** Tình trạng giải ngũ? _____

Cư trú

Địa chỉ nơi ở hiện tại: _____
Địa chỉ thư (nếu khác) _____
Thành phố: _____ Bang: _____ Mã bưu chính: _____
Số điện thoại: _____ Số điện thoại thứ 2 _____

Trẻ em có nơi thường trú tại nhà bạn

Tên: _____ Ngày sinh: _____ Số an sinh xã hội _____ Công dân Hoa Kỳ có / không
Tên: _____ Ngày sinh: _____ Số an sinh xã hội _____ Công dân Hoa Kỳ có / không
Tên: _____ Ngày sinh: _____ Số an sinh xã hội _____ Công dân Hoa Kỳ có / không
Tên: _____ Ngày sinh: _____ Số an sinh xã hội _____ Công dân Hoa Kỳ có / không
Tên: _____ Ngày sinh: _____ Số an sinh xã hội _____ Công dân Hoa Kỳ có / không

Hãy liệt kê tất cả những người khác sống trong nhà của bạn

Tên: _____ mối quan hệ: _____
Tên: _____ mối quan hệ: _____
Tên: _____ mối quan hệ: _____
Tên: _____ mối quan hệ: _____

Thông tin của Người sử dụng lao động

Tên Người sử dụng lao động: _____ Ngày bắt đầu: _____
Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Bang: _____ Mã bưu chính: _____
Số điện thoại của Người sử dụng lao động: _____

Người sử dụng lao động của vợ/chồng: _____ Ngày bắt đầu: _____
Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Bang: _____ mã bưu chính: _____
Số điện thoại người sử dụng lao động của vợ/chồng: _____

Thu nhập

Hãy liệt kê **TẤT CẢ** các nguồn thu nhập, phúc lợi, hỗ trợ, tài trợ và trợ giúp.

| Người nhận | Nguồn của Thu nhập | Tổng số tiền | Tần suất nhận được |
|------------|--------------------|--------------|--------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Các nguồn

Tài khoản séc: có / không tổng số\$ _____ Tài khoản tiết kiệm: có / không tổng số\$ _____ IRA: có / không tổng số\$ _____
CD's: có / không tổng số\$ _____ Quỹ tín thác: có / không tổng số\$ _____ Các khoản hàng năm: có / không tổng số\$ _____
Cổ phiếu/Trái phiếu: có / không tổng số\$ _____ 401K: có / không tổng số\$ _____ IPERS: có / không tổng số\$ _____
Bất động sản/tài sản: có / không tổng số\$ _____ địa chỉ: _____

Xe hơi: năm _____ sản xuất _____ mẫu xe _____ nợ/sở hữu _____ trị giá _____
Xe hơi: năm _____ sản xuất _____ mẫu xe _____ nợ/sở hữu _____ trị giá _____
Xe hơi: năm _____ sản xuất _____ mẫu xe _____ nợ/sở hữu _____ trị giá _____

Có bảo hiểm sức khỏe không? Có / không Chi phí hàng tháng: \$ _____
Có bảo hiểm khác: Có / không
Chi trả hoặc nhận cấp dưỡng con cái: Có / không Tổng số: \$ _____ ai chi trả / nhận: _____
Bạn có được Trợ cấp người khuyết tật: Có / không
Ngày đăng ký An sinh xã hội ban đầu: _____
Có luật sư giúp đỡ các yêu cầu cho Người khuyết tật không? Có / không
Tên luật sư cho Người khuyết tật: _____
Nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần tại Broadlawns trong 13 tháng qua: Có / không
Bạn có kế hoạch nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần không? Có / không
Có ai trong hộ gia đình có thai không? Có / không

Ủy quyền

Tôi / chúng tôi ủy quyền cho Trung tâm Y tế Broadlawns (BMC) và cho bất kỳ nhà đầu tư hoặc công ty bảo hiểm tiềm năng nào của giao dịch tín dụng này, hồ sơ việc làm của bang, bao gồm thông tin được báo cáo bởi các chủ lao động cho bang và lịch sử thu nhập, bao gồm cả hồ sơ của Cơ quan An ninh Việc làm của Bang. Việc ủy quyền này chỉ cho giao dịch tín dụng này và tiếp tục có hiệu lực trong 365 ngày kể từ ngày người nộp đơn thực hiện sự đồng ý này trừ khi bị giới hạn bởi luật pháp của Bang, trong trường hợp ủy quyền tiếp tục có hiệu lực trong thời gian tối đa không quá 365 ngày, được pháp luật cho phép.

Ngoài ra, tôi / chúng tôi ủy quyền cho BMC, đại lý của họ hoặc bên được họ chỉ định, để xác minh hồ sơ thu nhập việc làm trong quá khứ và hiện tại của tôi, tình trạng việc làm trong quá khứ và hiện tại, tài khoản ngân hàng, nắm giữ cổ phiếu và bất kỳ số dư tài sản nào khác cần thiết. Hơn nữa, tôi / chúng tôi ủy quyền cho BMC, đại lý của họ hoặc bên được họ chỉ định, yêu cầu báo cáo tín dụng tiêu dùng và xác minh thông tin tín dụng khác khi cần. Một bản sao chụp ảnh hoặc bản sao cứng của ủy quyền này (của các) chữ ký của người ký tên dưới đây) có thể được chấp nhận như bản gốc. Người nộp đơn có trách nhiệm báo cáo bất kỳ và tất cả sự thay đổi về thu nhập của hộ gia đình và tình trạng bảo hiểm trong vòng mười ngày làm việc.

Chữ ký của người nộp đơn

ngày:

Chữ ký của vợ/chồng người nộp đơn

ngày: