

1801 Hickman  
Road Des Moines, Iowa 50314  
Ured za finansijsko svetovanje  
Faks: 515-282-2270 Telefon: 515-282-2246



**Zahtjev za finansijsku pomoć**

## **Sljedeći dokumenti su potrebni za obradu zahtjeva za program Community Care:**

**Lična karta sa fotografijom.** MORA BITI VAŽEĆA LIČNA KARTA SAVEZNE DRŽAVE IOWA. Vozačka dozvola izdata u državi Iowe i lične karte izdata u državi Iowe mogu se dobiti u Odjeljenju za saobraćaj savezne države Iowe, 6310 SE Convenience Blvd. (odmah pored Corporate Woods Drive) Ankeny, IA 50021. 515-239-1101

**Dokaz o broju socijalnog osiguranja.** Taj broj se dobija iz Vaše kartice socijalnog osiguranja. Ako nemate dostupnu karticu socijalnog osiguranja, možete koristiti poreznu prijavu, W2 ili bilo koji drugi dokument koji može dokazati Vaš broj.

**Dokaz o prebivalištu.** Potrebno nam je da dostavite dokaz da živite u okrugu Polk. Za to će nam biti potrebna dokumentacija. Potvrde o plaćanju kirije, računi za komunalne usluge, izvodi/potvrde osiguranja ili „službena“ pošta koja Vam je poslana na Vašu adresu stanovanja u posljednjih 30 dana. Ovo ne može biti poštanski pretinac, „poštanska“ adresa niti „neželjena“ pošta koja je adresirana na Vas ili na „aktuelnog stanara“. Ne možemo prihvatiti poštu od Broadlawns Medical Center.

**Dokaz o prihodima domaćinstva.** Zahtijevamo dokaz o SVIM prihodima ostvarenim u posljednjih 90 dana za sve članove domaćinstva. To može uključivati, ali nije ograničeno na: platne liste, potvrdu poslodavca, rješenje Uprave za socijalno osiguranje, invalidninu, alimentaciju, hraniteljstvo, nasljedstvo i dokumentaciju o naknadi za povrede na radu. Ako ste samozaposleni, evidencija troškova i posljednja savezna porezna prijava. Ako ste nezaposleni, bijeli list iz Službe za zapošljavanje.

**Dokaz o svim računima.** Uključujući, ali ne ograničavajući se na: Tekuće račune, štedne račune, IRA račune, 401K račune, CD račune, dionice, obveznice, 403B račune, fondove, anuitete, IPERS i sve druge vrste novčanih računa. Izvodi sa računa iz posljednjih 90 dana.

**Zdravstveno osiguranje.** Medicare kartica, Medicaid kartica, kartice zdravstvenog osiguranja, kartica Uprave za boračka pitanja, itd. za sve članove domaćinstva.

**Ostalo:** Sve druge informacije koje zatraži finansijski savjetnik radi utvrđivanja Vaše podobnosti.

### INFORMACIJE O PODNOSIOCU ZAHTEVA

Ime i prezime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_  
Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_ Primarni jezik \_\_\_\_\_  
Spol M Ž Državljanin SAD-a D N Veteran SAD-a D N Invaliditet D N  
Bračni status (odaberite jedno) Samac/ica (nikada u braku) Oženjen/Udata Razdvojen/a  
Razveden/a Udovac/Udovica Vanbračna zajednica

### INFORMACIJE O SUPRUŽNIKU

Ime i prezime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_  
Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_ Primarni jezik \_\_\_\_\_  
Spol M Ž Državljanin SAD-a D N Veteran SAD-a D N Invaliditet D N

### PREBIVALIŠTE

Trenutna adresa stanovanja \_\_\_\_\_  
Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_  
Poštanska adresa (ako je različita) \_\_\_\_\_  
Grad \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_  
Broj telefona \_\_\_\_\_ Drugi broj telefona \_\_\_\_\_  
Adresa e-pošte \_\_\_\_\_

### DJECA ČIJE JE PRIMARNO PREBIVALIŠTE U VAŠEM DOMU

| Ime i datum rođenja | Broj socijalnog osiguranja | Državljanin<br>SAD-a |
|---------------------|----------------------------|----------------------|
| _____               | _____                      | D N                  |
| _____               | _____                      | D N                  |
| _____               | _____                      | D N                  |
| _____               | _____                      | D N                  |

### SVE OSTALE OSOBE ČIJE JE PRIMARNO PREBIVALIŠTE U VAŠEM DOMU

| Ime   | Odnos |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

### INFORMACIJE O ZAPOSLENJU

Zaposlen/a D N **\*\*Ako ste nezaposleni, potreban je bijeli list iz Službe za zapošljavanje.**

Naziv poslodavca podnosioca zahtjeva \_\_\_\_\_ Datum početka \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_  
Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_ Telefon poslodavca \_\_\_\_\_

Naziv poslodavca supružnika \_\_\_\_\_ Datum početka \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_  
Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_ Telefon poslodavca \_\_\_\_\_

Naziv drugog poslodavca \_\_\_\_\_ Datum početka \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_ Grad \_\_\_\_\_  
Država \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_ Telefon poslodavca \_\_\_\_\_

## PRIHODI

Molimo navedite SVE izvore prihoda kao što su zaposlenje, socijalno osiguranje, alimentacija/izdržavanje djece, penzija/naknada za povrede na radu/nezaposlenost, kamate itd.

**\*\*Ako ste samozaposleni ili ostvarujete prihod od iznajmljivanja, potreban je najnoviji poreski izvještaj i/ili evidencija.**

| Ime primaoca | Izvor prihoda | Bruto iznos | Učestalost primanja |
|--------------|---------------|-------------|---------------------|
| _____        | _____         | _____       | _____               |
| _____        | _____         | _____       | _____               |
| _____        | _____         | _____       | _____               |
| _____        | _____         | _____       | _____               |
| _____        | _____         | _____       | _____               |

## RESURSI

|                    |   |   |       |       |
|--------------------|---|---|-------|-------|
| Tekući račun       | D | N | Iznos | _____ |
| Štedni račun       | D | N | Iznos | _____ |
| IRA                | D | N | Iznos | _____ |
| Oročeni depoziti   | D | N | Iznos | _____ |
| Fondovi (Trustovi) | D | N | Iznos | _____ |
| Anuiteti           | D | N | Iznos | _____ |
| Dionice/Obveznice  | D | N | Iznos | _____ |
| 401K               | D | N | Iznos | _____ |
| IPERS              | D | N | Iznos | _____ |
| Nekretnine/Imovina | D | N | Iznos | _____ |

Adresa \_\_\_\_\_

Zdravstveno osiguranje? D N

Naziv osiguranja \_\_\_\_\_ Mjesečni trošak \_\_\_\_\_

Da li ste se prijavili za Marketplace pokriće? D N

Da li plaćate ili primате alimentaciju? D N

Ko plaća/prima \_\_\_\_\_ Iznos \_\_\_\_\_

Imate li aktivan zahtjev za invaliditet socijalnog osiguranja? D N

Da li Vam advokat pomaže u vezi sa zahtjevom za invaliditet? D N

Da li je neko u domaćinstvu trudan? D N

## OVLAŠTENJE

Potvrđujem da su informacije navedene u ovom zahtjevu istinite i tačne prema mom najboljem saznanju. Podnijet ću zahtjev za svaku državnu, saveznu ili lokalnu pomoć na koju mogu imati pravo kako bih pomogao/la u plaćanju ovog medicinskog računa. Razumijem da bolnica može provjeriti dostavljene informacije i ovim putem ovlašćujem bolnicu da kontaktira treće strane radi provjere tačnosti informacija navedenih u ovom zahtjevu. Razumijem da, ukoliko svjesno dostavim netačne informacije u ovom zahtjevu, neću ispunjavati uslove za finansijsku pomoć, da svaka odobrena finansijska pomoć može biti opozvana i da ću biti odgovoran/na za plaćanje medicinskog računa. Potvrđujem da su informacije navedene u ovom zahtjevu istinite i tačne prema mom najboljem saznanju. Razumijem da je moja odgovornost da prijavim svaku i sve promjene u prihodima domaćinstva i statusu osiguranja u roku od deset radnih dana.

---

Potpis podnosioca zahtjeva

---

Datum

---

Potpis supružnika podnosioca zahtjeva

---

Datum