

1801 Hickman Road
Des Moines, Iowa 50314
Financial Counseling Office
Fax: 515-282-2270 Phone: 515-282-2246



ငွေရေးကြေးရေး ထောက်ပံ့မှု လျှောက်လွှာ

ရပ်ရွာအခြေပြု စောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ် လျှောက်ထားမှုအား စီမံရန်အတွက် အောက်ပါ မှတ်တမ်းမှတ်ရာများကို လိုအပ်ပါသည်။

ဓာတ်ပုံ သက်သေခံကတ်ပြား။ အိုင်အိုဝါ ပြည်နယ် သက်သေခံကတ်ပြား ဖြစ်ရမည်။ အိုင်အိုဝါ ယာဉ်မောင်းလိုဏ်နှင့် အိုင်အိုဝါ သက်သေခံကတ်ပြားကို Iowa Dept of Transportation, 6310 SE Convenience Blvd. တွင် ရရှိနိုင်သည်။ (Corporate Woods Drive နှင့်ကပ်လျက်) Ankeny, IA 50021. 515-239-1101

လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် သက်သေ အထောက်အထား။ ၎င်းကို သင့် လူမှုဖူလုံရေး ကတ်ပြားမှ ရရှိမည်။ ရရှိနိုင်သည့် လူမှုဖူလုံရေး ကတ်ပြား သင့်တွင် မရှိပါက သင့် နံပါတ်ကို သက်သေပြနိုင်သည့် အခွန်တော်စည်းကြပ်ရန်တင်ပြသည့် ဝင်ငွေ စာရင်း၊ W2 သို့မဟုတ် အခြားမည်သည့် မှတ်တမ်းမှတ်ရာကိုမဆို သင် အသုံးပြုနိုင်သည်။

နေထိုင်မှု သက်သေအထောက်အထား။ သင်သည် Polk ကောင်တီတွင် နေထိုင်ကြောင်း သက်သေအထောက်အထားကို ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်မည်။ ဤသို့ ဆောင်ရွက်ရန် ကျွန်ုပ်တို့သည် သက်သေခံ အထောက်အထား စာရွက်စာတမ်း လိုအပ်မည်။ အိမ်ငှားခ လက်ခံဖြတ်ပိုင်းများ၊ အသုံးဝန်ဆောင်မှု သင့်ငွေတောင်းခံလွှာများ၊ အာမခံ ရှင်းတမ်းများ သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သည့် ရက်ပေါင်း ၃၀ အတွင်း သင်၏ "နေထိုင်ရာ လိပ်စာ"တွင် သင့်ထံသို့ ပို့ခဲ့သည့် "တရားဝင်" စာ။ ၎င်းသည် စာပို့ သေတ္တာအမှတ် မဟုတ်ရပေ။ "စာပို့" လိပ်စာတခု သို့မဟုတ် သင့်ထံသို့ လိပ်မူထားသော "ကြော်ငြာ"စာ သို့မဟုတ် "လတ်တလော နေထိုင်သူ" မဟုတ်ရပေ။ Broadlawns ဆေးကုသရေး ဌာနမှ စာကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်မခံပါ။

အိမ်ထောင်စု၏ ဝင်ငွေ အထောက်အထား။ အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် လွန်ခဲ့သည့် ရက်ပေါင်း ၉၀ အတွင်း လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ဝင်ငွေအားလုံး၏ သက်သေအထောက်အထားကို ကျွန်ုပ်တို့ လိုအပ်သည်။ လစာစာရင်း ရှင်းတမ်းများ၊ အလုပ်ရှင်စာ၊ လူမှုဖူလုံရေးထံမှ ချီးမြှင့်ရန်ဆုံးဖြတ်စာ၊ မသန်မစွမ်း၊ ကလေးထောက်ပံ့ငွေ၊ မွေးစားစောင့်ရှောက်မှု၊ အမွေဆက်ခံမှု နှင့် အလုပ်သမား၏ လျော်ကြေး မှတ်တမ်းမှတ်ရာများ ဖြစ်နိုင်သော်လည်း ကန့်သတ်မထားပေ။ အကယ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ခဲ့လျှင် အသုံးစရိတ်များ စာရင်းစာအုပ်နှင့် နောက်ဆုံးဖြစ်သည့် ဗဟိုအစိုးရ အခွန်တော် စည်းကြပ်ရန် တင်ပြသည့် ဝင်ငွေ စာရင်း၊ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခဲ့လျှင် လုပ်သားအင်အား ဖွံ့ဖြိုးရေး ဌာနမှ အဖြူရောင် စာလွှာ။

ငွေစာရင်းများအားလုံး၏ သက်သေအထောက်အထား။ စာရင်းရှင်အပ်ငွေ၊ စုငွေစာရင်း၊ IRA ငွေစာရင်း၊ 401 ငွေစာရင်း၊ CD ငွေစာရင်း၊ အစိုးရထံ ပုံသေအတိုးဖြင့် ချေးထားသောငွေ၊ ငွေချေးစာချုပ်များ၊ 403B ငွေစာရင်း၊ ယုံမှတ်အပ်နှံငွေများ၊ တစ်စုံတစ်ဦးအား နှစ်စဉ် ထုတ်ပေးငွေများ၊ IPERS နှင့် အခြား မည်သည့် ငွေစာရင်း အမျိုးအစားမဆို ပါဝင်ရန်ဖြစ်သော်လည်း ကန့်သတ်မထားချေ။ လွန်ခဲ့သည့် ရက်ပေါင်း ၉၀ အတွင်း ငွေစာရင်း ရှင်းတမ်းများ။

ဆေးကုသရေး အာမခံ။ အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးအတွက် Medicare ကတ်၊ Medicaid ကတ်၊ ဆေးကုသရေး အာမခံကတ်များ၊ စစ်မှုထမ်းဟောင်း စီမံခန့်ခွဲမှု ကတ် စသည်။

အခြား။ သင်၏ အကျုံးဝင်မှုကို ပိုင်းဖြတ်ရန် ဘဏ္ဍာရေး အတိုင်ပင်ခံပုဂ္ဂိုလ်က တောင်းခံသည့် အခြား မည်သည့် အချက်အလက်များမဆို။

လျှောက်လွှာရှင်၏ အချက်အလက်များ

အမည် အပြည့်အစုံ _____ မွေးသက္ကရာဇ် _____
လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် _____ မူလ ဘာသာစကား _____
ကျား/မ ကျား မ အမေရိကန် နိုင်ငံသား ဟုတ် မဟုတ် အမေရိကန် စစ်မှုထမ်းဟောင်း ဟုတ် မဟုတ် မသန်မစွမ်း ဟုတ် မဟုတ်
အိမ်ထောင်ရေး အခြေအနေ(တစ်ခုကို ရွေးပါ) လူပျိုအပျို (ဘယ်တုန်းကမှ လက်မထပ်ဖူး) လက်ထပ် ကွဲနေ
တရားဝင် ကွာရှင်း မုဆိုးဖို၊ မုဆိုးမ ရှေးထုံးတမ်းဥပဒေ

ဇနီး ခင်ပွန်း၏ အချက်အလက်

အမည် အပြည့်အစုံ _____ မွေးသက္ကရာဇ် _____
လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် _____ မူလ ဘာသာစကား _____
ကျား/မ ကျား မ အမေရိကန် နိုင်ငံသား ဟုတ် မဟုတ် အမေရိကန် စစ်မှုထမ်းဟောင်း ဟုတ် မဟုတ် မသန်မစွမ်း ဟုတ် မဟုတ်

နေထိုင်ခြင်း

လက်ရှိ နေထိုင်ရာ လိပ်စာ _____
မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ စာတိုက်သေတ္တာ အမှတ် _____
စာပို့ လိပ်စာ (ခြားနားလျှင်) _____
မြို့ _____ ပြည်နယ် _____ စာတိုက်သေတ္တာ အမှတ် _____
ဖုန်းနံပါတ် _____ ဒုတိယ ဖုန်းနံပါတ် _____
အီးမေးလ် လိပ်စာ _____

သင့်အိမ်တွင် အဓိက နေထိုင်ကြသည့် ကလေးများ

အမည် နှင့် မွေးသက္ကရာဇ်	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	အမေရိကန် နိုင်ငံသား
_____	_____	ဟုတ် မဟုတ်
_____	_____	ဟုတ် မဟုတ်
_____	_____	ဟုတ် မဟုတ်
_____	_____	ဟုတ် မဟုတ်

သင့်အိမ်တွင် အဓိက နေထိုင်ကြသည့် အခြား သူများ

အမည်	တော်စပ်ပုံ
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

အလုပ်အကိုင် အချက်အလက်

အလုပ်အကိုင် ရှိသည် ဟုတ် မဟုတ် **အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခဲ့လျှင် လုပ်သားအင်အား ဖွံ့ဖြိုးရေး ဌာနမှ အဖြူရောင် စာလွှာ လိုအပ်သည်။

လျှောက်လွှာရှင်၏ အလုပ်ရှင် အမည် _____ စတင်သည့်နေ့ _____
လိပ်စာ _____ မြို့ _____
ပြည်နယ် _____ စာတိုက်သေတ္တာအမှတ် _____ အလုပ်ရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ် _____

အလုပ်ရှင်၏ ဇနီး ခင်ပွန်း အမည် _____ စတင်သည့်နေ့ _____
လိပ်စာ _____ မြို့ _____
ပြည်နယ် _____ စာတိုက်သေတ္တာအမှတ် _____ အလုပ်ရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ် _____

အခြား အလုပ်ရှင်၏ အမည် _____ စတင်သည့်နေ့ _____
လိပ်စာ _____ မြို့ _____
ပြည်နယ် _____ စာတိုက်သေတ္တာအမှတ် _____ အလုပ်ရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ် _____

ဝင်ငွေ

အလုပ်အကိုင်၊ လူမှုဖူလုံရေး၊ ကလေးထောက်ပံ့ကြေး/ မယားစရိတ်၊ ပင်စင်/ WC/အလုပ်လက်ခံခွင့်၊ အတိုးစသည်တို့ကဲ့သို့သော ဝင်ငွေအရင်းအမြစ်များ အားလုံးကို ကျေးဇူးပြု၍ စာရင်းလုပ်ပါ။

****အကယ် ကိုယ်ပိုင်အလုပ်လုပ်ခဲ့လျှင် သို့မဟုတ် အိမ်ငှားခ ဝင်ငွေရှိခဲ့လျှင် နောက်ဆုံးဖြစ်သည့် ဗဟိုအစိုးရ အခွန်တော်စည်းကြပ်ရန်တင်ပြသည့် ဝင်ငွေ စာရင်းနှင့်/သို့မဟုတ် စာရင်းစာအုပ် လိုအပ်သည်။**

လက်ခံရရှိသူ အမည်	ဝင်ငွေ အရင်းအမြစ်	စုစုပေါင်း ပမာဏ	လက်ခံရရှိသည့် ကြိမ်နှုန်း
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

အရင်းအမြစ်များ

စာရင်းရှင်အပ်ငွေ	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
စုငွေစာရင်း၊	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
IRA ငွေစာရင်း၊	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
CD ငွေစာရင်း၊	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
ယုံမှတ်အပ်နှံငွေများ၊	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
တစ်စုံတစ်ဦးအား နှစ်စဉ် ထုတ်ပေးငွေများ၊	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
အစိုးရထံ ပုံသေအတိုးဖြင့် ချေးထားသောငွေ/ငွေချေးစာချုပ်များ၊	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
401K ငွေစာရင်း၊	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
IPERS	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
အိမ်နှင့်မြေရာ ရောင်းသည့်လုပ်ငန်း	ဟုတ် မဟုတ်	ပမာဏ _____
လိပ်စာ _____		

ကျန်းမာရေး အာမခံ? _____ ဟုတ် မဟုတ်
အာမခံ အမည် _____ လစဉ် ကုန်ကျငွေ _____
ဈေးကွက် အကျိုးဝင်မှုကို သင် လျှောက်ထားခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
ကလေး ထောက်ပံ့ကြေးကို ပေးချေ သို့မဟုတ် လက်ခံနေသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
မည်သူက ပေးချေသည်/လက်ခံသည် _____ ပမာဏ _____

လတ်တလောတွင် လူမှုဖူလုံရေး မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်း တောင်းဆိုမှုတစ်ခု လုပ်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်း တောင်းဆိုမှုကို ကူညီနေသည့် ရှေ့နေတစ်ယောက် ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်
သင့် အိမ်ထောင်စုတွင် တယောက်ယောက် ကိုယ်ဝန်ဆောင်နေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များမှာ စစ်မှန်ပြီး ကျွန်ုပ် သိရှိသရွေ့ မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ် တရားဝင်ဖော်ပြအပ်သည်။ ဤဆေးကုသရေးဆိုင်ရာ ကျသင့်ငွေကို ပေးချေမှုအတွက် အထောက်အကူရရန် ကျွန်ုပ် အရည်အချင်းပြည့်မီ အကျိုးဝင်ကောင်း ဝင်နိုင်မည့် မည့်သည့် ပြည်နယ်၊ ဗဟိုအစိုးရ သို့မဟုတ် ဒေသဆိုင်ရာ အကူအညီကိုမဆို ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားပါမည်။ ပေးအပ်ထားသည့် အချက်အလက်များကို ဤဆေးရုံက အတည်ပြုရန် စစ်ဆေးနိုင်ပြီး ဤလျှောက်လွှာတွင် ပေးအပ်ထားသည့် အချက်အလက်များ၏ တိကျမှန်ကန်မှုကို စစ်ဆေးအတည်ပြုရန် တတိယအင်အားစုကို ဆက်သွယ်ရန် ဤဆေးရုံအား တရားဝင်ခွင့်ပြုပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာတွင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်များမှာ စစ်မှန်ပြီး ကျွန်ုပ် သိရှိသရွေ့ မှန်ကန်ကြောင်း ကျွန်ုပ် တရားဝင်ဖော်ပြအပ်သည်။ အိမ်ထောင်စုအတွင်း ဝင်ငွေနှင့် အာမခံဆိုင်ရာ အခြေအနေ ပြောင်းလဲမှုများအားလုံး နှင့် မည်သည့် ပြောင်းလဲမှုကိုမဆို ရုံးဖွင့်ရက် ဆယ်ရက်အတွင်း သတင်းပို့ အစီရင်ခံရန်မှာ ကျွန်ုပ်၏ တာဝန်ဝတ္တရားဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ဤလျှောက်လွှာတွင် မမှန်ကန်သော အချက်အလက်များကို သိလျက်နှင့် ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ခဲ့ပါက ငွေကြေးဆိုင်ရာ အထောက်အပံ့အတွက် ကျွန်ုပ် အရည်အချင်း ပြည့်မီလိမ့်မည်မဟုတ်ပေ။ ကျွန်ုပ်အား ပေးအပ်ထားသည့် မည်သည့် ငွေကြေးဆိုင်ရာ အထောက်အပံ့ မဆိုသည် ပြောင်းပြန်ဖြစ်မည်ဖြစ်ပြီး ဆေးကုသရေးဆိုင်ရာ ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာအား ပေးချေမှုအတွက် ကျွန်ုပ် တာဝန်ရှိလိမ့်မည်ဖြစ်သည်။

လျှောက်ထားသူ လက်မှတ်

နေ့စွဲ

လျှောက်ထားသူ ဇနီး ခင်ပွန်း လက်မှတ်

နေ့စွဲ