

1801 Hickman Road
Des Moines, Iowa 50314

دفتر مشاوره مالی
فکس: 515-282-2270
تلفن: 515-282-2246



فورم درخواست مساعدت مالی

برای پروسس درخواست برنامه مراقبت اجتماعی، اسناد ذیل ضروری می‌باشند:

کارت هویت عکس‌دار. باید معتبر بوده و از ایالت Iowa صادر شده باشد. جواز رانندگی Iowa و کارت هویت Iowa را می‌توان از اداره ترانسپورت ایالت Iowa، واقع در 6310 SE Convenience Blvd. (در نزدیکی Corporate Woods Drive) Ankeny, IA 50021. 515-239-1101 به دست آورد.

ثبوت شماره تأمین اجتماعی. این ثبوت از کارت تأمین اجتماعی شما به دست می‌آید. اگر کارت تأمین اجتماعی خود را در دسترس نداشته باشید، می‌توانید از اظهارنامه مالیات بر عایدات (Income Tax Return)، سند W2 یا هر سند دیگری که شماره شما را ثابت کند استفاده نمایید.

ثبوت اقامت. ما به این ثبوت نیاز داریم که نشان دهد شما در شهرستان پولک (Polk County) زندگی می‌کنید. برای این کار، ما به اسناد و شواهدی نیاز داریم، مانند رسید کرایه خانه، بل‌های برق، آب یا گاز، بیانیه‌های بیمه یا هر نامه "رسمی" دیگری که در ۳۰ روز گذشته به "نشانی محل سکونت" شما ارسال شده باشد. این نمی‌تواند صندوق پستی (PO Box)، صرفاً نشانی پستی (mailing address) یا نامه‌های بی‌اهمیت/تبلیغاتی (junk mail) باشد که به نام شما یا "ساکن فعلی" ارسال شده باشد. ما نامه‌ای را که از Broadlawns Medical Center ارسال شده باشد، نمی‌پذیریم.

ثبوت عاید خانوادگی. ما به ثبوت تمام عایدی که در ۹۰ روز گذشته توسط همه اعضای خانواده دریافت شده باشد نیاز داریم. این اسناد می‌تواند شامل استب‌های چک معاش، نامه کارفرما، نامه اعانه/انعام از اداره تأمین اجتماعی، اسناد معلولیت، نفقه طفل، مراقبت سرپرستی، میراث و اسناد جبران کارگران باشد، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شود. اگر خوداشتغال هستید، ارائه لست مصارف (لجر) و آخرین اظهارنامه مالیات فدرال بر عایدات ضروری است. اگر بیکار هستید، ارائه یک ورق معلوماتی (White Sheet) از اداره توسعه نیروی کار (Workforce Development) لازم می‌باشد.

ثبوت تمام حساب‌ها. این شامل حساب‌های جاری (Checking)، حساب‌های پس‌انداز (Savings)، حساب‌های تقاعدی فردی (IRA)، پس‌انداز تقاعدی در آمریکا (401K)، اسناد سپرده‌گذاری (CDs)، سهام (Stocks)، اوراق قرضه (Bonds)، B403، صندوق‌های امانی (Trusts)، مقرری‌ها (Annuities)، سیستم تقاعدی کارمندان عامه آیوا (IPERS) و هر نوع دیگر حساب‌های مالی می‌باشد، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شود. ارائه بیانیه‌های حساب (Account Statements) مربوط به ۹۰ روز گذشته ضروری است.

بیمه صحی. برای همه اعضای خانواده، کارت Medicare، کارت Medicaid، کارت‌های بیمه صحی، کارت اداره امور کهنه‌سربازان (Veterans Administration) و سایر کارت‌های مشابه لازم است.

دیگر: هر نوع معلومات دیگری که توسط مشاور مالی برای تعیین شایستگی شما درخواست شود.

تاریخ: _____
شماره ثبت صحی: _____

معلومات ارائه کننده درخواست

نام کامل: _____ تاریخ تولد: _____
شماره تامین اجتماعی: _____ زبان اصلی: _____
جنسیت مذکر مؤنث شهروند ایالات متحده امریکا بلی نخیر
وضعیت تاهل (یکی را انتخاب کنید) مجرد (هرگز ازدواج نکرده) متاهل
مطلقه بیوه
معلول بلی نخیر جدا شده ازدواج عرفی

معلومات همسر

نام کامل: _____ تاریخ تولد: _____
شماره تامین اجتماعی: _____ زبان اصلی: _____
جنسیت مذکر مؤنث شهروند ایالات متحده امریکا بلی نخیر
کهنه سرباز ایالات متحده امریکا هو نه معلول هو نه

اقامت

آدرس فعلی سکونت: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
آدرس پستی (اگر متفاوت باشد): _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____
شماره تلفن: _____ شماره تلفن دوم: _____
ایمیل: _____

اطفال که اقامت اصلی شان خانه شما است

نام و تاریخ تولد	شماره تامین اجتماعی	شهروند ایالات متحده
_____	_____	بلی نخیر
_____	_____	بلی نخیر
_____	_____	بلی نخیر
_____	_____	بلی نخیر

سایر افرادی که اقامت اصلی شان خانه شما است

نام	نسبت
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

معلومات کاری

شاغل بلی نخیر
**در صورت بیکاری، یک فورم سفید از اداره انکشاف نیروی کار لازم است.

نام کارفرمای درخواست کننده _____ تاریخ شروع _____
آدرس _____ شهر _____
ایالت _____ کد پستی _____ شماره تلفن کارفرما _____

نام کارفرمای همسر _____ تاریخ شروع _____
آدرس _____ شهر _____
ایالت _____ کد پستی _____ شماره تلفن کارفرما _____

نام کارفرمای دیگر _____ تاریخ شروع _____
آدرس _____ شهر _____
ایالت _____ کد پستی _____ شماره تلفن کارفرما _____

عواید

لطفاً تمام منابع عواید خود را فهرست کنید، مانند وظیفه، تأمین اجتماعی، حمایت طفل/نقشه، تقاعد/جبران خسارت/بیکاری، سود و غیره.

****در صورت خوداشتغالی با داشتن عواید کرایه، آخرین اظهارنامه مالیاتی و/یا دفتر حساب لازم است.**

نام دریافت کننده منبع عواید مبلغ مجموعی دفعات دریافت

منابع مالی

حساب جاری	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ
حساب پس انداز	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ
حساب تقاعدی فردی (IRA)	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ
اسناد سپرده گذاری (CDs)	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ
صندوق های امانی (Trusts)	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ
مقرری ها	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ
سهام / اوراق قرضه	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ
پس انداز تقاعدی در آمریکا (401K)	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ
سیستم تقاعدی کارمندان			
عامه آیوا (IPERS)	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ
ملکیت / دارایی غیرمنقول	بلی	نخیر	مقدار/مبلغ

آدرس _____

آیا شما بیمه صحت دارید؟ بلی نخیر

نام بیمه _____ مصارف ماهوار _____

آیا شما برای پوشش بازار بیمه درخواست داده اید؟ بلی نخیر

آیا شما نفقه طفل پرداخت می کنید یا دریافت می نمایید؟ بلی نخیر

چه کسی پرداخت می کند / دریافت می نماید؟ مقدار/مبلغ

آیا شما دعوای فعلی معذوری تأمین اجتماعی دارید؟ بلی نخیر

آیا کدام وکیل در دعوای معذوری به شما کمک می کند؟ بلی نخیر

آیا کسی در خانواده حامله است؟ بلی نخیر

من تصدیق می‌کنم که معلومات مندرج در این درخواست مطابق به بهترین آگاهی من درست و صحیح است. من برای هر نوع کمک دولتی، فدرالی یا محلی که واجد شرایط باشم، درخواست خواهم داد تا در پرداخت این بل طبیی کمک نماید. من درک می‌کنم که معلومات ارائه شده ممکن است توسط شفاخانه بررسی گردد و من به شفاخانه اجازه می‌دهم تا برای تأیید صحت معلومات مندرج در این درخواست، با اشخاص ثالث تماس بگیرد. من درک می‌کنم که اگر عمداً معلومات نادرست در این درخواست ارائه کنم، واجد شرایط برای کمک مالی نخواهم بود، هر نوع کمک مالی که به من داده شده باشد ممکن است لغو گردد و من مسئول پرداخت بل طبیی خواهم بود. من تصدیق می‌کنم که معلومات مندرج در این درخواست مطابق به بهترین آگاهی من درست و صحیح است. من درک می‌کنم که مسئولیت من است تا هرگونه تغییر در عاید خانواده و وضعیت بیمه را ظرف ده روز کاری گزارش دهم.

امضای درخواست‌کننده

تاریخ

امضای همسر درخواست‌کننده

تاریخ