

1801 Hickman Road
Des Moines, Iowa 50314
د مالي سلا مشوري دفتر
فیکس: 515-282-2270
تلیفون: 515-282-2246



د مالي مرستې غوښتنلیک

د ټولنې پاملرنې پروګرام د غوښتنلیک پروسس کولو لپاره لاندې اسناد اړین دي:

انځور لرونکې ID. باید چې د Iowa ایالت بااعتبار ID وي. د Iowa د موټر چلولو جواز او د Iowa ایالت ID په 6310 SE Convenience Blvd. کې (Corporate Woods Drive ته نږدې) د Iowa ایالت د ترانسپورت له ریاست څخه چې 515-239-1101. 50021 Ankeny, IA موقعیت لري، ترلاسه کیدی شي.

د ټولنیز امنیت شمېرې ثبوت. دا به ستاسو د ټولنیز امنیت کارت څخه ترلاسه کېږي. که چېرې خپل د ټولنیز امنیت کارت درسته موجود نه وي نو کولی شئ د عایداتو د مالي ستنیدنې (Income Tax Return)، W2 سند یا بل هر هغه سند وکاروئ چې ستاسو شمېره ثابته کړي.

د استوګنې ثبوت. موږ به دې ثبوت ته اړتیا ولرو چې تاسو په Polk County کې ژوند کوئ. د دې د ترسره کولو لپاره موږ به اسنادو او شواهدو ته اړتیا ولرو، لکه د کور د کرایې رسیدونه، د برېښنا، اوبو یا ګاز بیلونه، د بیمې بیانونه یا کوم "رسمي" لیک چې په تېرو 30 ورځو کې ستاسو "د اوسېدو په پته" تاسو ته استول شوی وي. دا د PO Box پته، یوازې د لیک لېږد "mailing" پته یا بې اهمیت/تبلیغاتي "junk" لیک نشي کېدای چې تاسو یا "اوسني اوسېدونکي" ته استول شوی وي. موږ د Broadlawn Medical Center څخه راغلی لیک نشو منلی.

د کورنۍ د عاید ثبوت. موږ د کورنۍ د ټولو غړو لپاره د تېرو 90 ورځو په موده کې د ترلاسه شوي ټول عاید ثبوت ته اړتیا لرو. دا اسناد، د معاش د چک سټېبونو، د کارګومارونکي لیک، د ټولنیز امنیت ادارې لخوا د مرستې/انعام د ورکړې لیک، د معلولیت، د ماشوم د نفقې، د سرپرستۍ د پاملرنې، میراث او د کارګرانو د جبران اسناد کېدای شي خو یوازې تر دې محدود نه دي. که تاسو خپلواک کار کوئ نو د لګښتونو لېسټ (لېجر) او د وروستي فدرالي عایداتي مالي ستنیدنه وړاندې کول اړین دي. که بې کاره یاست نو د کاري ځواک پراختیا (Workforce Development) څخه یوه معلوماتي سپینه پاڼه (White Sheet) وړاندې کول اړین دي.

د ټولو حسابونو ثبوت. په دې کې جاري حسابونه، د سپما حسابونه (Savings)، د تقاعد فردي حسابونه (IRA)، د امریکا د تقاعد سپما (401K)، د زېرمې اسناد (CDs)، سهمونه (Stocks)، قرض پانې (Bonds)، B403، ترسټونه، د انویټي حسابونه (Annuities)، د آیوا د عامه کارکوونکو تقاعدې سیستم (IPERS) او د پیسو هر ډول نور مالي حسابونه شامل دي، خو یوازې تر دې محدود نه دي. د تېرو ۹۰ ورځو د حسابونو بیانې (Account Statements) وړاندې کول ضروري دي.

طبي بیمه. د کورنۍ د ټولو غړو لپاره د Medicare کارت، Medicaid کارت، د طبي بیمې کارټونه، د ویتیرینز ادارې کارت او دې ورته نور کارټونه.

نور: هر ډول نور معلومات چې د مالي سلاکار لخوا ستاسو د وړتیا د ټاکلو لپاره غوښتل شوي وي.

نېټه: _____
د طبي ریکارډ شمېره: _____

د غوښتنلیک وړاندې کوونکي معلومات

بشپړ نوم _____ د زیږیدني نېټه _____
د ټولنیز امنیت شمېره _____ لومړنۍ ژبه _____
جنس نارینه ښځه د امریکا تبعه هو نه د امریکا پخوانی سرتېری/سرتېری هو نه معلول هو نه
د واده حالت (یو انتخاب کړئ) مجرد (هیڅکله یې واده نه دی کړی) واده شوی/شوې عروسی/شوې
طلاق شوې کونډه/کونډ عرفي واده / غیر رسمي واده

د خاوند/مېرمن معلومات

بشپړ نوم _____ د زیږیدني نېټه _____
د ټولنیز امنیت شمېره _____ لومړنۍ ژبه _____
جنس نارینه ښځه د امریکا تبعه هو نه د امریکا پخوانی سرتېری/ترتېری هو نه معلول هو نه

د اوسېدو د ځای معلومات

اوسنی د اوسېدو پته _____
ښار _____ ایالت _____ زپ کوډ _____
د لیک لپاره پته (که توپیر ولري) _____
ښار _____ ایالت _____ زپ کوډ _____
د تلیفون شمېره _____ دویمه د تلیفون شمېره _____
د ایمېل پته _____

هغه ماشومان چې اصلي استوګنه یې ستاسو په کور کې ده

نوم او د زیږیدني نېټه	د ټولنیز امنیت شمېره	د امریکا تبعه
_____	_____	هو نه
_____	_____	هو نه
_____	_____	هو نه
_____	_____	هو نه

نور ټول هغه کسان چې اصلي استوګنه یې ستاسو په کور کې ده

نوم _____ د اړیکې ډول _____

د دندې / کار اړوند معلومات

آیا په کار ګومارل شوي یاست هو نه
**که یې کاره یاست نو د کاري ځواک پراختیا څخه یوه معلوماتي سپینه پاڼه وړاندې کول اړین دي.

د غوښتنلیک وړاندې کوونکي د کار گومارونکي نوم _____ د پېل نېټه _____
پته _____ ښار _____
ایالت _____ زېږ کډ _____ د کار گومارونکي د تلیفون شمېره _____

د خاوند/مېرمن د کارگومارونکي نوم _____ د پېل نېټه _____
پته _____ ښار _____
ایالت _____ زېږ کډ _____ د کارگومارونکي د تلیفون شمېره _____

د بل کار گومارونکي نوم _____ د پېل نېټه _____
پته _____ ښار _____
ایالت _____ زېږ کډ _____ د کارگومارونکي د تلیفون شمېره _____

عاید

مهرباني وکړئ د عاید ټولې سرچینې ولیکئ، لکه د کار/روزگار عاید، ټولنیز امنیت، د ماشوم نفقه/د جلا کیدو وروسته د خاوند/مېرمنې لپاره مالي ملاتړ،
تقاعد/بې کاري، سود او نور.

****که تاسو خپلواک کار کوئ یا د کرایې عاید لرئ نو د وروستي مالیاتي مالیې ستنیدنه او/یا د لګښتونو لېست وړاندې کول اړین دي.**

د ترلاسه کوونکي نوم د عاید سرچینه ټولیزه اندازه د ترلاسه کولو وختونه / موده

مالي / موجوده سرچینې

جاري حساب	هو	نه	اندازه
د سپما حساب	هو	نه	اندازه
IRA	هو	نه	اندازه
د CD حسابونه	هو	نه	اندازه
ټرسټونه	هو	نه	اندازه
د انوبي حسابونه	هو	نه	اندازه
سټاکونه/بانډونه	هو	نه	اندازه
401K	هو	نه	اندازه
IPERS	هو	نه	اندازه
ملکي شتمني / املاک	هو	نه	اندازه
پته			
آیا صحتي بیمه لرئ؟	هو	نه	
د بیمې نوم			مياشتنۍ لګښت
آیا تاسو د Marketplace د پوښښ لپاره غوښتنه کړې ده؟	هو	نه	
آیا د ماشوم اړوند نفقه تادیه یا ترلاسه کوئ؟	هو	نه	
څوک یې تادیه کوي / ترلاسه کوي؟			اندازه
آیا د موجوده ټولنیز امنیت د معلولیت (Social Security Disability) دعوی لرئ؟	هو	نه	
آیا کوم وکیل د معلولیت د دعوی په برخه کې مرسته کوي؟	هو	نه	
آیا په کورنۍ کې کومه ښځه حامله ده؟	هو	نه	

زه تصدیق کوم چې د دې غوښتنلیک ټول معلومات تر هغه کچې پورې چې زه پوهیږم، رښتیني او سم دي. زه به د هغه هر ډول ایالتي، فدرالي یا محلي مرستې لپاره غوښتنلیک وړاندې وکړم چې زه ورته د دې طبي بل د تادې په برخه کې د مرستې لپاره وړتیا لرم. زه پوهیږم چې وړاندې شوي معلومات ښايي د روغتون لخوا تایید شي او زه روغتون ته اجازه ورکوم چې په دې غوښتنلیک کې چمتو شوي معلوماتو د صحت د تایید لپاره د اړوندو دریمو اړخونو سره اړیکه ونیسي. زه پوهیږم چې که چېرې زه په پوهې سره ناسم معلومات په دې غوښتنلیک کې ورکړم نو زه به د مالي مرستې لپاره وړ نه یم، هره مالي مرسته چې ما ته راکړل شوې وي بیرته به اخیستل کېدای شي او زه به د طبي بل د تادې مسؤل یم. زه تاییدوم چې د دې غوښتنلیک معلومات تر هغه کچې پورې چې زه پوهیږم رښتیني او سم دي. زه پوهیږم چې دا زما مسؤلیت دی چې د لسو کاري ورځو دننه د کورنۍ د عاید او بیمې په حالت کې د هر ډول او ټولو بدلونونو راپور ورکړم.

د غوښتنلیک وړاندې کوونکي(ې) لاسلیک

نېټه

د غوښتنلیک وړاندې کوونکي(ې) د خاوند /مېرمن لاسلیک

نېټه