

1801 Hickman Road
Des Moines, Iowa 50314
Văn Phòng Tư Vấn Tài Chính
Fax: 515-282-2270 Điện thoại: 515-282-2246



Đơn xin hỗ trợ tài chính

Cần có những giấy tờ sau đây để xử lý hồ sơ đăng ký Chương trình chăm sóc cộng đồng:

Giấy tờ tùy thân có ảnh PHẢI LÀ GIẤY TỜ HỢP LỆ CỦA BANG IOWA. Bằng lái xe Iowa hoặc thẻ căn cước Iowa được cấp bởi Sở Giao thông vận tải Iowa, 6310 SE Convenience Blvd. (ngay gần đường Corporate Woods Drive) Ankeny, IA 50021. 515-239-1101

Bằng chứng về số An sinh xã hội. Lấy số này từ thẻ An sinh xã hội của quý vị. Nếu quý vị không có thẻ An sinh xã hội, thì quý vị có thể sử dụng tờ khai thuế thu nhập, mẫu W2 hoặc bất kỳ tài liệu nào khác có thể chứng minh số An sinh xã hội của quý vị.

Bằng chứng cư trú. Chúng tôi cần bằng chứng chứng minh quý vị đang sinh sống tại Quận Polk. Để làm được điều này, chúng tôi cần các giấy tờ chứng minh. Biên lai tiền thuê nhà, hóa đơn dịch vụ, sao kê bảo hiểm hoặc thư từ “chính thức” được gửi đến địa chỉ cư trú của quý vị trong vòng 30 ngày qua. Địa chỉ này không được là hộp thư bưu điện, địa chỉ nhận thư hoặc thư rác được gửi đến quý vị hoặc “người đang cư trú”. Chúng tôi không chấp nhận thư từ Trung tâm y tế Broadlawns.

Bằng chứng thu nhập hộ gia đình. Chúng tôi yêu cầu bằng chứng về TẤT CẢ thu nhập nhận được trong 90 ngày qua của tất cả các thành viên trong hộ gia đình. Những bằng chứng này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn đối với: phiếu lương, thư của chủ lao động, thư quyết định trợ cấp từ Cơ quan an sinh xã hội, trợ cấp khuyết tật, tiền cấp dưỡng nuôi con, tiền chăm sóc trẻ em, tiền thừa kế và giấy tờ bảo hiểm tai nạn lao động. Nếu tự kinh doanh, cần cung cấp sổ sách chi tiêu và tờ khai thuế thu nhập liên bang mới nhất. Nếu thất nghiệp, cần cung cấp Giấy chứng nhận thu nhập từ Sở Phát triển Nguồn nhân lực.

Bằng chứng về tất cả các tài khoản. Bao gồm nhưng không giới hạn đối với: Tài khoản vãng lai, tài khoản tiết kiệm, tài khoản IRA, 401K, chứng chỉ tiền gửi (CD), cổ phiếu, trái phiếu, 403B, quỹ tín thác, niên kim, IPERS và bất kỳ loại tài khoản tiền tệ nào khác. Sao kê tài khoản trong vòng 90 ngày qua.

Bảo hiểm y tế. Thẻ Medicare, thẻ Medicaid, thẻ bảo hiểm y tế, thẻ Cựu chiến binh, v.v. của tất cả các thành viên trong gia đình.

Giấy tờ khác: Bất kỳ thông tin nào khác mà Cố vấn tài chính yêu cầu để xác định điều kiện đủ điều kiện của quý vị.

THÔNG TIN NGƯỜI NỘP ĐƠN

Họ và tên _____ Ngày sinh _____
Số an sinh xã hội _____ Ngôn ngữ chính _____
Giới tính Nam Nữ Công dân Hoa Kỳ Có Không
CCB Hoa Kỳ Có Không Người khuyết tật Có Không
Tình trạng hôn nhân (chọn một) Độc thân (chưa từng kết hôn) Đã lập gia đình
Ly thân Ly dị Góa Sống chung như vợ chồng

THÔNG TIN VỢ/CHỒNG

Họ và tên _____ Ngày sinh _____
Số an sinh xã hội _____ Ngôn ngữ chính _____
Giới tính Nam Nữ Công dân Hoa Kỳ Có Không
CCB Hoa Kỳ Có Không Người khuyết tật Có Không

NƠI CƯ TRÚ

Địa chỉ đang sống hiện tại _____
Thành phố _____ Bang _____ Mã Zip _____
Địa chỉ gửi thư (nếu khác) _____
Thành phố _____ Bang _____ Mã Zip _____
Số điện thoại _____ Số điện thoại thứ hai _____
Địa chỉ Email _____

TRẺ EM CÓ NƠI CƯ TRÚ CHÍNH LÀ NHÀ CỦA QUÝ VỊ

Tên và ngày sinh	Số an sinh xã hội	Công dân Hoa Kỳ
_____	_____	Có Không
_____	_____	Có Không
_____	_____	Có Không
_____	_____	Có Không

TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI KHÁC CÓ NƠI CƯ TRÚ CHÍNH LÀ NHÀ CỦA QUÝ VỊ

Tên	Mối quan hệ
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

THÔNG TIN VIỆC LÀM

Có việc làm Có Không **Nếu thất nghiệp, cần có Giấy xác nhận từ Cơ quan phát triển nguồn nhân lực.

Tên chủ lao động của người nộp đơn _____ Ngày bắt đầu _____
Địa chỉ _____ Thành phố _____
Bang _____ Mã Zip _____ Số điện thoại chủ lao động _____

Tên chủ lao động của vợ/chồng _____ Ngày bắt đầu _____
Địa chỉ _____ Thành phố _____
Bang _____ Mã Zip _____ Số điện thoại chủ lao động _____

Tên chủ lao động khác _____ Ngày bắt đầu _____
Địa chỉ _____ Thành phố _____
Bang _____ Mã Zip _____ Số điện thoại chủ lao động _____

THU NHẬP

Vui lòng liệt kê **TẤT CẢ** các nguồn thu nhập như việc làm, bảo hiểm xã hội, tiền cấp dưỡng nuôi con/tiền trợ cấp ly hôn, lương hưu/trợ cấp tai nạn lao động/trợ cấp thất nghiệp, tiền lãi, v.v..

****Nếu tự kinh doanh hoặc có thu nhập từ cho thuê nhà, cần cung cấp tờ khai thuế và/hoặc sổ sách kế toán mới nhất.**

Tên người nhận	Nguồn thu nhập	Tổng số tiền	Tần suất Đã nhận

NGUỒN

Tài khoản thanh toán	Có	Không	Số tiền _____
Tài khoản tiết kiệm	Có	Không	Số tiền _____
IRA	Có	Không	Số tiền _____
CD's	Có	Không	Số tiền _____
Quỹ tín thác	Có	Không	Số tiền _____
Niên kim	Có	Không	Số tiền _____
Cổ phiếu/Trái phiếu	Có	Không	Số tiền _____
401K	Có	Không	Số tiền _____
IPERS	Có	Không	Số tiền _____
Bất động sản/Nhà đất	Có	Không	Số tiền _____
Địa chỉ _____			

Bảo hiểm y tế?	Có	Không	
Tên bảo hiểm _____			Chi phí hàng tháng _____
Quý vị có đăng ký bảo hiểm thông qua Marketplace không?	Có	Không	
Trả tiền hay nhận trợ cấp nuôi con?	Có	Không	
Ai trả tiền/nhận tiền _____			Số tiền _____
Quý vị hiện có làm thủ tục nhận trợ cấp khuyết tật an sinh xã hội không ?	Có	Không	
Có luật sư nào hỗ trợ về việc yêu cầu trợ cấp khuyết tật không?	Có	Không	
Trong nhà có ai đang mang thai không?	Có	Không	

ỦY QUYỀN

Tôi xin xác nhận rằng thông tin trong đơn này là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi sẽ nộp đơn xin bất kỳ khoản hỗ trợ nào từ tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi đủ điều kiện để giúp thanh toán hóa đơn y tế này. Tôi hiểu rằng bệnh viện có thể xác minh những thông tin tôi đã cung cấp, và tôi cho phép bệnh viện liên hệ với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong đơn này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin không đúng sự thật trong đơn này, tôi sẽ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, bất kỳ khoản hỗ trợ tài chính nào đã cấp cho tôi có thể bị thu hồi, và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn y tế. Tôi xin xác nhận rằng thông tin trong đơn này là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng trách nhiệm của tôi là báo cáo mọi thay đổi về thu nhập 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