

申请社区护理计划所需的文件

1. **带照片的身份证件**必须是有效的艾奥瓦州身份证件。艾奥瓦州驾照和艾奥瓦州身份证可以在艾奥瓦州交通部获得, 地址是艾奥瓦州 Ankeny 市 Convenience 大道东南 6310 号 (就在 Corporate Woods 大道外), 邮编: 50021。515-239-1101
2. **社会保险号证明**。可提供社保卡。如果您无法提供社保卡, 请告知财务顾问。Replacement Social Security cards can be ordered at the Riverpoint Office Complex, 455 SW 5th Street Suite “F” Des Moines, Iowa. 可在艾奥瓦州得梅因市第五街西南 455 号 Riverpoint 办公大楼 “F” 套房里获取社会保障卡的替代物。1-800-772-1213。办公时间为周一至周五: 上午 9 点至下午 3:30。
3. **居住证明**。我们需要您证明, 您住在艾奥瓦关怀医疗之家第 5 区。为此, 我们需要证明文件。在过去 30 天里, 向您的“居住地址”发送给您的租金收据、公用事业账单、保险对账单或“官方”邮件。邮政信箱、“邮寄”地址或寄给您或“当前居住地”的垃圾邮件不属于居住证明文件。我们不接受由 Broadlawns 医疗中心发送的邮件。
4. **收入证明**我们需要过去 30 天收到的所有收入的证明。可以是但不限于: 过去 30 天的所有工资汇款, 或雇主证明、社会保险明细、工人补偿支出、残疾收入。儿童抚养、寄养收入、自营职业。遗产
5. **所得税申报表**。我们需要一份最近提交的联邦所得税申报表。

如果没有收入/失业。我们需要一封实物庇护函 (支持通知)

6. **申请残疾人社会保障的证明**。可以通过社会保障局 (515-283-0212) 的文件证明, 此类文件显示了请求提交的日期或任何选定的法律代表/律师的书面陈述
7. **如果您有资格参加医疗补助/艾奥瓦关怀计划**您需要申请医疗补助/艾奥瓦关怀计划。经济援助申请可能获得通过 也可能被 拒绝。 您的财务顾问会帮助您做出决定。需要上述计划的保险范围证明。给您的艾奥瓦州公共服务部决定通知副本中包含此信息 (艾奥瓦州医疗补助, 得梅因 Carpenter 1900 号, 电话: 515-286-3635, 办公时间为周一至周五上午 8:00 至下午 4:30))
8. **您必须提供食品券福利通知**。给您的艾奥瓦州公共服务部决定通知副本中包含此信息 (艾奥瓦州医疗补助, 得梅因 Carpenter 1900 号, 电话: 515-286-3635, 办公时间为周一至周五上午 8:00 至下午 4:30))
9. **出生证明**。您需要提供所有符合条件的人的出生证明。必须是州签发的带有州印章的文件。(艾奥瓦州出生证明申请: 515-281-4944。东 12 街 321 号卢卡斯州立办公楼。) ¹, 艾奥瓦州得梅因)
10. **所有账户的证明** to 包括但不限于: 支票账户、储蓄账户、个人退休账户、401K 账户、存款凭证、股票账户、债券账户、403B 账户、信托账户、年金账户、IPERS 账户和任何其他类型的货币账户。我们需要一份显示上述账户中的资金数额的银行对账单。
11. **儿童抚养费支付证明**。如果您支付子女抚养费, 您需要提供过去 90 天内的支付证明。艾奥瓦州儿童支持计划 1-888-229-9223, 周日上午 8:00 至下午 5:00 (北美中部时间)。
12. **其他**: 财务顾问在审批您的资格时可能需要的任何其他信息。



财务顾问筛选

日期: 2019年6月24日 MR# _____

退伍军人:	_____
儿童:	_____
残疾人:	_____
Comm Ins.:	_____
T19 App:	_____
PHC:	_____
供员工使用	

申请人	配偶
------------	-----------

全名: _____ 全名: _____
 出生日期: _____ 年龄: _____ 出生日期: _____ 年龄: _____
 社保号 _____ 社保号 _____
 性别: 男/女 第一语言: _____ 性别: 男/女 第一语言: _____
 美国公民: 是/否 美国公民: 是/否
婚姻状况 (选择一项): 单身 (从未结婚) / 已婚 / 分居 / 离婚 / 丧偶 / 普通法
 你是否曾在美国武装部队服役过? **是 / 否** 退伍状态? _____

住所

当前居住地址: _____
 邮寄地址 (如果不同) _____
 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____
 电话: _____ 第二联系电话 _____

主要住所是你家的儿童

姓名: _____	出生日期: _____	SS# _____	美国公民 是/否
姓名: _____	出生日期: _____	SS# _____	美国公民 是/否
姓名: _____	出生日期: _____	SS# _____	美国公民 是/否
姓名: _____	出生日期: _____	SS# _____	美国公民 是/否
姓名: _____	出生日期: _____	SS# _____	美国公民 是/否

请列出住在你家的所有其他人

姓名: _____	关系: _____

雇佣信息

雇主姓名/名称: _____ 入职日期: _____
 地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮箱: _____

雇主电话: _____

配偶的雇主: _____ 入职日期: _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮箱: _____

配偶的雇主的电话: _____

收入

请列出所有 收入来源、福利、支持、权利和援助。

接收人	收入来源	总金额	接收频率

来源

活期账户: 是/否 金额(美元): _____ 储蓄账户: 是/否 金额(美元): _____ IRA: 是/否 金额(美元): _____
 存款凭证: 是/否 金额(美元): _____ 信托: 是/否 金额(美元): _____ 年金: 是/否 金额(美元): _____
 股票/债券: 是/否 金额(美元): _____ 401K: 是/否 金额(美元): _____ IPERS: 是/否 金额(美元): _____
 房地产/物业 是/否 金额(美元): _____ 地址: _____
 汽车: 年 _____ 制造 _____ 型号 _____ 欠/拥有 _____ 价值 _____
 汽车: 年 _____ 制造 _____ 型号 _____ 欠/拥有 _____ 价值 _____
 汽车: 年 _____ 制造 _____ 型号 _____ 欠/拥有 _____ 价值 _____

是否有健康保险? 是/否 每月费用: \$ _____
 是否有其他健康保险: 是/否 _____
 是否支付或接受子女抚养费: 是/否 金额: \$ _____ 支付人/接受人: _____
 当前是否有社会保障残疾索赔: 是/否 _____
 最初的社会保障申请日期是什么时候: _____
 是否有律师帮助处理伤残索赔? 是/否 _____
 您的残疾律师姓名: _____
 在过去的 13 个月里, 是否在 Broadlawns 接受了心理健康服务: 是/否 _____
 您是否计划接受心理健康服务: 是/否 _____
 是否有家庭成员怀孕: 是/否 _____

授权书

我/我们授权 Broadlawns 医疗中心和该信贷交易的任何潜在投资者或保险人、州就业记录(包括个体雇主向州政府报告的信息)和收入历史(包括州就业保障局的记录)。本信贷交易的授权仅在申请人签署本同意书之日起 365 天内有效, 除非州法律有所限制, 在这种情况下, 授权在法律允许的最长不超过 365 天内有效。
 此外, 我/我们授权 Broadlawns 医疗中心、其代理人或受让人核实本人过去和当前的就业收入记录、过去和现在的就业状况、银行账户、股票持有情况以及任何其他需要核实的资产余额。此外, 我/我们授权 Broadlawns 医疗中心、其代理人或受让人订购消费信贷报告, 并根据需要核实其他信贷信息。本授权书的照片或复写纸(有签署人的签名)可被接受为原件。
 申请人有责任在十个工作日内报告家庭收入和保险状况的任何和所有变化。

申请人签名

日期:

申请人配偶签名

日期: