

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

1. **Identificación con fotografía.** DEBE SER UNA IDENTIFICACIÓN VÁLIDA DEL ESTADO DE IOWA. La licencia de conducir de Iowa y la identificación de Iowa pueden obtenerse en el Departamento de Transporte de Iowa, 6310 SE Convenience Blvd. (justo en la bajada de Corporate Woods Drive) Ankeny, IA 50021. 515-239-1101.
2. **Constancia de número de la Seguridad Social.** Puede usar como comprobante su tarjeta de la Seguridad Social. Si no tiene una tarjeta de la Seguridad Social disponible, informe al asesor económico. Se pueden pedir tarjetas de repuesto de la Seguridad Social en el Riverpoint Office Complex, 455 SW 5th Street Suite "F" Des Moines, Iowa. 1-800-772-1213. El horario de atención es de lunes a viernes, de 9 a. m. a 3:30 p. m.
3. **Constancia de residencia.** Necesitaremos demostrar que vive en la Región 5 de instituciones médicas de Iowa Cares. Para hacerlo, necesitaremos documentación. Recibos de renta, facturas de servicios públicos, declaraciones de seguros o correo "oficial" que haya recibido en su "dirección residencial" en los últimos 30 días. No puede demostrar la residencia con correo "basura" que está dirigido a usted o al "residente actual", mediante una dirección "postal" o con una casilla postal. No podemos aceptar correo enviado por el Broadlawns Medical Center.
4. **Constancia de ingresos.** Solicitamos constancia de TODOS los ingresos recibidos en los últimos 30 días. Esto puede ser, entre otros: todas las transferencias de nómina de los últimos 30 días o verificación del empleador, declaraciones de la Seguridad Social, desembolsos de compensación de los trabajadores, ingresos por discapacidad, manutención infantil, ingresos de cuidado de acogida, empleo autónomo, herencias.
5. **Declaración fiscal de renta.** Solicitamos una copia de la declaración fiscal del Impuesto federal a la renta más reciente.

SI no tiene ingresos/está desempleado. Necesitamos una carta de ayuda en especie (Notificación de ayuda).

6. **Constancia de solicitud de discapacidad de la Seguridad Social.** Esta se muestra con los documentos de la Administración de la Seguridad Social (515-283-0212) que muestren la fecha en la cual se presentó el reclamo o una declaración por escrito de cualquier representante legal o abogado elegido.
7. **Si es elegible para Medicaid o programas de Iowa Cares.** Se le exige que solicite participar en Medicaid o programas de Iowa Cares. Podría O no haber asistencia económica disponible. Su asesor económico le ayudará a realizar esta determinación. La constancia de cobertura de estos programas es obligatoria. Su copia del Aviso de determinación del Departamento de Servicios Humanos de Iowa tendrá esta información (Iowa Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635; el horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.).
8. **Debe proporcionar su aviso de beneficios de Cupones de alimentos.** Su copia del Aviso de determinación del Departamento de Servicios Humanos de Iowa tendrá esta información (Iowa Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635; el horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.).
9. **Certificado de nacimiento.** Deberá proporcionar un Certificado de nacimiento para todas las personas elegibles. Debe ser un documento emitido por el estado con el sello estatal (Solicitudes de certificados de nacimiento de Iowa: 515-281-4944. Lucas State Office Building 321 East 12th, Des Moines Iowa).
10. **Constancia de todas las cuentas,** que debe incluir, entre otras: cuentas de cheques, ahorro, IRA, 401K, certificados de depósitos, acciones, bonos, 403B, fideicomisos, pensiones anuales, IPERS y cualquier otro tipo de cuentas de dinero. Necesitamos una copia del estado bancario que muestre la cantidad de fondos presentes en estas cuentas.
11. **Constancia de pagos de manutención infantil.** Si paga manutención infantil, deberá presentar una constancia de sus pagos durante los últimos 90 días. Programa de manutención infantil de Iowa: 1-888-229-9223, días de la semana de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. CST.
12. **Otros:** cualquier otra información que el asesor económico pueda necesitar para determinar su elegibilidad.



EXAMEN DE ASESORAMIENTO ECONÓMICO

Fecha: lunes, julio 01, 2019 MR# _____

Vet: _____
Hijos: _____
Discapacidad: _____
Comm Seg. _____
Sol. T19: _____
PHC: _____

**Para uso del personal **

Solicitante

Cónyuge

Nombre completo: _____ Nombre completo: _____
Fecha de nac.: _____ edad: _____ Fecha de nac.: _____ edad: _____
N.º de Seguridad Social _____ N.º de Seguridad Social _____
Género: m / f idioma principal: _____ Género: m / f idioma principal: _____
Ciudadano de EE. UU.: s / n Ciudadano de EE. UU.: s / n
Estado civil (elija uno): soltero (nunca se casó) / casado / separado / divorciado / viudo / "common law"
¿Prestó servicios en el Ejército de los Estados Unidos? **Sí / No** ¿Estado de baja? _____

Residencia

Dirección residencial actual: _____
Dirección postal (si es diferente): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____
Teléfono: _____ 2.º teléfono: _____

Menores cuya residencia principal es su hogar

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ n.º S. S. _____ Ciud. EE. UU. s / n
Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ n.º S. S. _____ Ciud. EE. UU. s / n
Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ n.º S. S. _____ Ciud. EE. UU. s / n
Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ n.º S. S. _____ Ciud. EE. UU. s / n
Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ n.º S. S. _____ Ciud. EE. UU. s / n

Enumere todas las demás personas que viven en su hogar

Nombre: _____ relación: _____
Nombre: _____ relación: _____
Nombre: _____ relación: _____
Nombre: _____ relación: _____

Información de empleo

Nombre del empleador: _____ Fecha de inicio: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____
N.º telefónico del empleador: _____

Empleador de cónyuge: _____ Fecha de inicio: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____
N.º telefónico del empleador: _____

Ingresos

Enumere **TODAS** las fuentes de ingresos, beneficios, apoyo, ayuda social y asistencia.

Quién recibe	Fuentes de ingresos	Monto bruto	Frecuencia de cobro

Recursos

Cta. de cheques: s / n monto \$ _____ Ahorros: s / n monto \$ _____ IRA: s / n monto \$ _____
CD: s / n monto \$ _____ Fideico.: s / n monto \$ _____ Pen. anual: s / n monto \$ _____
Acciones/bonos: s / n monto \$ _____ 401K: s / n monto \$ _____ IPERS: s / n monto \$ _____
Inmuebles/propiedad s / n monto \$ _____ dirección: _____

Automóvil: año _____ marca _____ mod. _____ debe/propio valor _____
Automóvil: año _____ marca _____ mod. _____ debe/propio valor _____
Automóvil: año _____ marca _____ mod. _____ debe/propio valor _____

¿Tiene seguro médico? Sí / no Costo por mes: \$ _____

Tiene otro seguro: Sí / no

Paga o recibe manutención inf.: Sí / no Monto: \$ _____ quién paga/recibe: _____

Tiene un reclamo actual de discapacidad de la Seguridad Social: Sí / no

¿Cuál es la fecha original de la solicitud de la Seguridad Social? _____

¿Tiene un abogado que ayuda con el reclamo de discapacidad? Sí / no

Nombre de su abogado de discapacidad: _____

Recibió servicios de salud mental en Broadlawns en los últimos 13 meses: Sí / no

Planea recibir servicios de salud mental: Sí / no

Hay alguna embarazada en el hogar: Sí / no

Autorización

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a Broadlawns Medical Center (BMC) y a cualquier posible inversor o asegurador de esta transacción de crédito a consultar los registros estatales de empleo, incluso la información presentada por empleadores individuales al estado y el historial de ingresos, incluso los registros de la Agencia Estatal de Seguridad del Empleo. Esta autorización es solo para esta transacción de crédito y continúa en vigor durante 365 días a partir de la fecha en la cual el solicitante firma este consentimiento, a menos que la legislación estatal lo limite, en cuyo caso la autorización continuará en vigor por el período máximo que no excederá los 365 días, permitido por la ley.

Además, yo/nosotros autorizo/autorizamos a BMC, sus agentes o cesionarios, a verificar mis registros de ingresos por empleo pasados y presentes, mi condición de empleado pasado o presente, cuentas bancarias, participaciones accionarios y cualquier otros saldos de bienes que sean necesarios.

Asimismo, yo/nosotros autorizo/autorizamos a BMC, sus agentes o cesionarios a pedir un informe crediticio del consumidor y a verificar otra información crediticia en la medida que sea necesario. Se aceptará una fotocopia o copia hecha con papel carbón de esta autorización (de la(s) firma(s) de la(s) persona(s) firmante(s)) como si fuera el original.

Es responsabilidad del solicitante informar cualquier cambio en los ingresos del hogar y el estado del seguro en el plazo de diez días laborales.

Firma del solicitante

fecha:

Firma del cónyuge del solicitante

fecha: