

### الوثائق المطلوبة لبرنامج الرعاية المجتمعية

1. الرقم التعريفي للصورة يجب أن يكون رقمًا ساريًا في ولاية أيوا. يمكن الحصول على رخصة قيادة من ولاية أيوا وبطاقة شخصية من ولاية أيوا في قسم النقل بولاية أيوا ومقره **6310 SE Convenience Blvd (بالقرب من Corporate Woods Drive) أنيكي، ولاية أيوا 50021**. 515-239-1101
2. إثبات رقم الضمان الاجتماعي. سيكون ذلك بموجب بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بك. إذا لم تكن بطاقة الضمان الاجتماعي متاحة معك، يرجى إبلاغ المستشار المالي. يمكن طلب استبدال بطاقات الضمان الاجتماعي في مكتب ريفر بوينت، ومقره "SW 5th Street Suite" F 455 ديس مونيس، أيوا. 1-800-772-1213. ساعات عمل المكتب هي من الاثنين - الجمعة: 9 ص حتى 3:30 م.
3. إثبات الإقامة. سنحتاج إلى إثبات أنك تعيش في منطقة أيوا للرعاية الصحية، منطقة المنزل 5. للقيام بذلك، سنحتاج إلى بعض الوثائق. إيصال الإيجار أو فواتير الخدمات أو بيانات التأمين أو الخطاب "الرسمي" الذي تم إرساله إليك على "عنوان المعيشة" الخاص بك في آخر 30 يومًا. لا يمكن أن يكون هذا صندوق بريد أو عنوان "بريد" أو بريد "غير هام" موجه إليك أو إلى مقر "إقامتك الحالي". لا يمكننا قبول البريد المرسل من مركز Broadlawns الطبي.
4. إثبات الدخل. نطلب إثبات الدخل بالكامل، على أن يكون قد تم استلامه في آخر 30 يومًا. يمكن أن يكون هذا، على سبيل المثال لا الحصر: جميع تحويلات شيكات الراتب لآخر 30 يومًا، أو إثبات من صاحب العمل، أو بيانات الضمان الاجتماعي، أو صرف تعويضات العمال، أو دخل العجز. دعم الطفل، دخل الرعاية البديلة، العمل الحر. الميراث
5. عائدات ضريبة الدخل. نطلب نسخة من آخر إقرارات قدمتها لضريبة الدخل الفيدرالية.  
إذا لم يكن هناك دخل / عاطل. نطلب خطاب من المأوى (إشعار دعم)
6. إثبات طلب إعانة الضمان الاجتماعي. ثبت ذلك من خلال الأعمال الورقية من إدارة الضمان الاجتماعي (515-283-0212) والتي تبين تاريخ تقديم المطالبة أو بيان مكتوب من أي ممثل قانوني / محام مختار
7. إذا كنت مؤهلاً للحصول على برامج الرعاية الصحية / رعاية أيوا، فأنت ملزم بتقديم طلب للإدراج ضمن برنامج الرعاية الصحية/رعاية أيوا. المساعدة المالية قد تكون متاحة وقد تكون غير متاحة. المستشار المالي الخاص بك سيساعدك في تحديد ذلك. مطلوب إثبات التغطية في هذه البرامج. ستحتوي نسختك من إشعار القرار الصادر عن دائرة الخدمات الإنسانية في ولاية أيوا على هذه المعلومات (الرعاية الصحية في أيوا، 1900 كاربينتر ديس مونيس 515-286-3635 ساعات العمل من الساعة 8:00 صباحًا إلى 4:30 مساءً من الاثنين إلى الجمعة)
8. يجب عليك تقديم إشعارك بشأن معونات قسائم الطعام ستحتوي نسختك من إشعار القرار الصادر عن دائرة الخدمات الإنسانية في ولاية أيوا على هذه المعلومات (الرعاية الصحية في أيوا، 1900 كاربينتر ديس مونيس 515-286-3635 ساعات العمل من الساعة 8:00 صباحًا إلى 4:30 مساءً من الاثنين إلى الجمعة)
9. شهادة الميلاد ستحتاج إلى تقديم شهادة ميلاد لجميع الأشخاص المؤهلين للبرنامج. يجب أن تكون وثيقة تُصدرها الدولة موهورة بختم الدولة. (طلبات شهادة ميلاد أيوا: 515-281-4944. مبنى مكتب ولاية لو كاس 321 شرق 12، ديس مونيس، أيوا.)
10. دليل على أن جميع الحسابات تشمل، على سبيل المثال لا الحصر: التحقق، الادخار، حسابات التقاعد الفردية، 401 ألف، الأصول، الأسهم، السندات، B403، الائتمانات، المعاشات، نظام التقاعد في ولاية أيوا، وأي نوع آخر من حسابات المال. نحتاج إلى نسخة من كشف الحساب البنكي يوضح مقدار الأموال الموجودة في هذه الحسابات.
11. إثبات مدفوعات إعانة الطفل. إذا كنت تدفع إعانة الطفل، فستحتاج إلى تقديم دليل على مدفوعاتك خلال آخر 90 يومًا. برنامج دعم الطفل من أيوا **1-888-229-9223**، أيام الأسبوع من **8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً**، بتوقيت CST
12. غير ذلك: أي معلومات أخرى قد يحتاجها المستشار المالي لتحديد أهليتك.

التاريخ: الجمعة، حزيران 21، 2019 السيد# \_\_\_\_\_

**الزوج**

**مقدم الطلب**

الاسم بالكامل:

الاسم بالكامل:

تاريخ الميلاد:

العمر:

العمر:

رقم التأمين الاجتماعي

رقم التأمين الاجتماعي

الجنس: ذكر / أنثى اللغة الأساسية:

الجنس: ذكر / أنثى اللغة الأساسية:

مواطن أمريكي: نعم / لا

مواطن أمريكي: نعم / لا

الحالة الاجتماعية (اختر مما يلي): أعزب (غير متزوج) / متزوج / منفصل / مطلق / أرمل / شريك غير متزوجان  
هل سبق لك أن خدمت في القوات المسلحة للولايات المتحدة؟ نعم / لا حالة التسريح؟

**محل الإقامة**

المدينة التي تقطن بها حالياً:

العنوان البريدي (إن تغير)

الرقم البريدي:

الدولة:

رقم هاتف ثانٍ

رقم الهاتف:

**الأطفال التي تقطن بشكلٍ دائم في منزلك**

مواطن أمريكي نعم / لا

#ss

تاريخ الميلاد:

الاسم:

مواطن أمريكي نعم / لا

#ss

تاريخ الميلاد:

الاسم:

مواطن أمريكي نعم / لا

#ss

تاريخ الميلاد:

الاسم:

مواطن أمريكي نعم / لا

#ss

تاريخ الميلاد:

الاسم:

مواطن أمريكي نعم / لا

#ss

تاريخ الميلاد:

الاسم:

**يُرجى إدراج كافة الأشخاص الآخرين القاطنين في منزلك**

العلاقة:

الاسم:

العلاقة:

الاسم:

العلاقة:

الاسم:

العلاقة:

الاسم:

**معلومات العمل**

تاريخ البدء:

اسم صاحب العمل:

الرقم البريدي:

الدولة:

المدينة:

العنوان:

هاتف صاحب العمل #

تاريخ البدء:

صاحب عمل الزوج:

الرقم البريدي:

الدولة:

المدينة:

العنوان:

هاتف رب عمل الزوج #

## الدخل

يرجى ذكر جميع مصادر الدخل والمعونات والدعم والاستحقاقات والمساعدة.

من الذي يتلقى الدعم مصدر الدخل المبلغ الإجمالي عدد مرات الاستلام

## الموارد

فحص الحساب: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي مدخرات: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي حساب التقاعد الفردي: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي أسطوانات مدمجة: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي أمانات: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي حساب تأمين تكافلي: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي سندات الأسهم: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي 401 ألف: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي نظام التقاعد للموظفين في ولاية أيوا: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي العقارات / الممتلكات نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ بالدولار الأمريكي العنوان: \_\_\_\_\_

سيارة: _____ العام _____ الصنع _____ الموديل _____ الملكية _____ القيمة _____
سيارة: _____ العام _____ الصنع _____ الموديل _____ الملكية _____ القيمة _____
سيارة: _____ العام _____ الصنع _____ الموديل _____ الملكية _____ القيمة _____

هل لديك تأمين صحي؟ نعم / لا \_\_\_\_\_ التكلفة لكل شهر: بالدولار الأمريكي  
لديك تأمين آخر: نعم / لا \_\_\_\_\_  
تدفع أو تتلقى معونة طفل: نعم / لا \_\_\_\_\_ المبلغ: بالدولار الأمريكي من يدفع / يتلقى: \_\_\_\_\_  
لديك مطالبة حالية من الضمان الاجتماعي لتعويض إعاقة: نعم / لا \_\_\_\_\_  
ما هو تاريخ طلب الضمان الاجتماعي الأصلي؟ نعم / لا \_\_\_\_\_  
هل هناك محام يساعدك في المطالبة بمعونة الإعاقة؟ نعم / لا \_\_\_\_\_  
اسم المحامي الذي يساعدك في معونة الإعاقة: نعم / لا \_\_\_\_\_  
تلقي خدمات الصحة العقلية في مركز Broadlawn's الطبي في الأشهر الـ 13 الماضية: نعم / لا \_\_\_\_\_  
هل تخطط لتلقي خدمات الصحة العقلية: نعم / لا \_\_\_\_\_  
هل أي شخص في الأسرة حامل: نعم / لا \_\_\_\_\_

## تفويض

أنا / نحن نخول مركز Broadlawn's الطبي وأي مستثمر محتمل أو ضامن لهذه العملية الائتمانية، بإعداد سجلات عن حالة التوظيف، بما في ذلك المعلومات التي أبلغ عنها أصحاب العمل الفرديون إلى الدولة، وتاريخ الدخل، بما في ذلك سجلات وكالة أمن التوظيف الحكومية. هذا الترخيص ساري المفعول لهذه المعاملة الائتمانية فقط ويستمر لمدة 365 يوماً من تاريخ تنفيذ مقدم الطلب لهذه الموافقة ما لم يتم تحديد غير ذلك في قانون الولاية، وفي هذه الحالة يستمر التفويض ساري المفعول لمدة قصوى لا تتجاوز 365 يوماً بموجب القانون. بالإضافة إلى ذلك، أنا / نحن نخول مركز Broadlawn's الطبي أو وكلائه أو من يعينهم، للتحقق من سجلات أرباح العمل السابقة والحالية، وحالة التوظيف السابقة والحالية، والحسابات المصرفية، وأصول الأسهم وأي أرصدة أصول أخرى مطلوبة. علاوة على ذلك، أنا / نحن نخول مركز Broadlawn's الطبي، أو وكلائه أو من يعينهم، لطلب تقرير ائتمان المستهلك والتحقق من معلومات الائتمان الأخرى حسب الحاجة. قد يتم اعتبار نسخة فوتوغرافية أو نسخة كربونية من هذا التفويض (للتوقيع) (للتوقيعات أدناه)) على أنها النسخة الأصلية. تقع على عاتق مقدم الطلب مسؤولية الإبلاغ عن أي وجميع التغييرات في دخل الأسرة وحالة التأمين في غضون 10 أيام عمل

التاريخ:

توقيع مقدم الطلب

التاريخ:

توقيع زوج مقدم الطلب