

## DOKUMENTACIJA KOJA JE POTREBNA ZA PROGRAM BRIGE O ZAJEDNICI

1. **Identifikacioni dokument sa slikom** MORA BITI IDENTIFIKACIONI DOKUMENT DRŽAVE AJOVA. Vozačka dozvola i identifikacioni dokumenti države Ajova mogu se dobiti od Odjela za transport, 6310 SE Convenience Blvd. (odmah iza Corporate Woods Drive) Ankeny, IA 50021. 515-239-1101
2. **Dokaz o broju socijalnog osiguranja.** Ovo će doći od vaše kartice socijalnog osiguranja. Ako vaša kartica socijalnog osiguranja nije dostupna, molimo informišite o tome finansijskog savjetnika. Zamjenske kartice socijalnog osiguranja mogu se poručiti u Riverpoint Office Complex, 455 SW 5<sup>th</sup> Street Suite "F" Des Moines, Iowa. 1-800-772-1213. Ured je otvoren od ponedjeljka do petka: 09:00 - 15:30
3. **Dokaz o boravku.** Trebaćamo dokaz da živite u medicinskom domu Iowa Cares Medical Home Region 5. Da bismo to uradili, potrebna nam je dokumentacija. Potvrde o zakupu, komunalni računi, izjave o osiguranju, ili „službena“ pošta koja vam je poslana na vašu „adresu stanovanja“ u posljednjih 30 dana. To ne može biti poštansko sanduče, "poštanska" adresa ili adresa za bezvrijednu poštu koja je adresirana na vas ili na "trenutnog rezidenta"". Ne možemo prihvatiti poštu koju šalje Medicinski centar Broadlawns .
4. **Dokaz o prihodu.** Zahtijevamo dokaz SVIH prihoda, primljenih u posljednjih 30 dana. Ovo može biti, ali se ne ograničava na: dokumente o slanju plate u posljednjih 30 dana, ili provjeru poslodavca, izjave o socijalnom osiguranju, isplate naknada za radnike, invalidsku penziju. Potpora za dijete, prihodi iz udomiteljstva, samozapošljavanje. Nasljeđivanje.
5. **Povrat poreza na dobit.** Potrebna nam je kopija nedavno predate Federalne prijave poreza na dobit.  
**AKO Nije приход Nezaposlen.** Zahtijevamo pismo agencije koja pruža sklonište (Obavijest o podršci)
6. **Dokaz o podnošenju prijave za invaliditet za socijalno osiguranje.** Ovo se dokazuje sa papirologijom Administracije socijalnog osiguranja (515-283-0212) koja pokazuje datum kada je zahtjev podnesen ili pismenom izjavom od bilo kojeg izabranog pravnog zastupnika / advokata
7. **Ako imate pravo na Medicaid/Iowa Cares programe** od vas se traži da se prijavite za programe za pomoć u okviru Medicaid/Ajova. Finansijska pomoć može ILI možda neće biti dostupna. Vaš finansijski savjetnik će vam pomoći u donošenju ove odluke. Potreban je dokaz o pokrivenosti ovim programima. Vaša kopija obavještenja o odluci Odjeljenja za ljudsku službu Ajova imaće ove informacije, (Ajova Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 Radno vrijeme je 8:00 do 16:30 Ponedjeljak-Petak)
8. **Morate dati obavijest o naknadama za markice za hranu.** Vaša kopija obavještenja o odluci Odjeljenja za ljudsku službu Ajova imaće ove informacije, (Ajova Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 Radno vrijeme je 8:00 do 16:30 Ponedjeljak-Petak)
9. **Rodni list.** Moraćete dati potvrdu o rođenju za sve osobe koje ispunjavaju uslove. Mora biti dokument izdat od strane države sa pečatom države. (Zahtjevi za rodne listove u Ajovi: 515-281-4944. Lucas State Office Building 321 Istok 12<sup>th</sup>, Des Moines Iowa.
10. **Dokaz svih računa** uključiti, ali se ne ograničiti na: Provjera, štednja, IRA, 401K, CD-a, dionica, obveznica, 403B-a, Trust's, rente, IPERS-a, i bilo koje druge vrste računa novca. Potrebna nam je kopija izvoda banke koji pokazuje iznos sredstava koja su prisutna na ovim računima.
11. **Dokaz o isplatama za izdržavanje djece.** Ako plaćate doplatu za dijete, moraćete da unesete dokaz o uplatama tokom posljednjih 90 dana. Ajova program podrške djetetu 1-888-229-9223, radnim danima od 8:00 do 17:00 CST
12. **Ostalo:** Sve druge informacije koje finansijski savjetnik možda treba da odredi vašu podobnost.

**PREGLED UREDA ZA FINANSIJSKO  
SAVJETOVANJE**

**Datum:** utorak, juni 25, 2019 **GOSPODIN#** \_\_\_\_\_

Vet: \_\_\_\_\_  
Djeca: \_\_\_\_\_  
Invalidnost: \_\_\_\_\_  
Osiguranje zajednice. \_\_\_\_\_

T19 App: \_\_\_\_\_  
PHC: \_\_\_\_\_

\*\* Za osoblje \*\*

**Podnosilac prijave**

**Supružnik**

Puno ime: \_\_\_\_\_ Puno ime: \_\_\_\_\_  
Datum rođenja: \_\_\_\_\_ godine starosti: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_  
Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_ Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_  
Spol: m / ž primarni jezik: \_\_\_\_\_ Spol: m / ž primarni jezik: \_\_\_\_\_  
Građanin SAD-a: d / n Građanin SAD-a: d / n

**Bračni status** (izaberite jednu): samac (osoba se nije nikada vjenčavala) / u braku / razdvojen/a / razveden/a / udovac/udovica / običajno pravo

Da li ste ikada služili u Oružanim snagama Sjedinjenih Država? **Da / Ne** Status ispuštanja? \_\_\_\_\_

**Boravak**

Trenutna adresa stanovanja: \_\_\_\_\_  
Poštanska adresa (ako je drugačija) \_\_\_\_\_  
Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ drugi telefon \_\_\_\_\_

**Djeca čije je osnovno prebivalište vaš dom**

Ime: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_ ss # \_\_\_\_\_ Državljanin/nka SAD-a d / n  
Ime: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_ ss # \_\_\_\_\_ Državljanin/nka SAD-a d / n  
Ime: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_ ss # \_\_\_\_\_ Državljanin/nka SAD-a d / n  
Ime: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_ ss # \_\_\_\_\_ Državljanin/nka SAD-a d / n  
Ime: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_ ss # \_\_\_\_\_ Državljanin/nka SAD-a d / n

**Navedite sve ostale osobe koji žive u vašem domu**

Ime: \_\_\_\_\_ odnos: \_\_\_\_\_  
Ime: \_\_\_\_\_ odnos: \_\_\_\_\_  
Ime: \_\_\_\_\_ odnos: \_\_\_\_\_  
Ime: \_\_\_\_\_ odnos: \_\_\_\_\_

**Informacije o zapošljavanju**

Naziv poduzeća: \_\_\_\_\_ Datum početka: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ poštanski broj: \_\_\_\_\_  
Telefon poslodavca # \_\_\_\_\_

Poslodavac supružnika: \_\_\_\_\_ Datum početka: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ poštanski broj: \_\_\_\_\_  
Telefon poslodavca supružnika # \_\_\_\_\_

## Prihod

Molimo navedite **SVE** izvore prihoda, beneficija, podrške, prava i pomoći.

Ko prima	Izvor prihoda	Bruto iznos	Učestalost primanja
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Resursi

Provjeravanje računa: d / n    amt\$ \_\_\_\_\_    Štednja: d / n    amt\$ \_\_\_\_\_    IRA: d / n    amt\$ \_\_\_\_\_  
CD's: d / n    amt\$ \_\_\_\_\_    Trusts: d / n    amt\$ \_\_\_\_\_    Rente: d / n    amt\$ \_\_\_\_\_  
Dionice/Obveznice: d / n    amt\$ \_\_\_\_\_    401K: d / n    amt\$ \_\_\_\_\_    IPERS: d / n    amt\$ \_\_\_\_\_  
Nekretnina/imovina d / n    amt \$ \_\_\_\_\_    adresa: \_\_\_\_\_

Automobil:    godina \_\_\_\_\_    izrada \_\_\_\_\_    model \_\_\_\_\_    posjeduje/posjedovao/    la \_\_\_\_\_  
Automobil:    godina \_\_\_\_\_    izrada \_\_\_\_\_    model \_\_\_\_\_    posjeduje/posjedovao/    la \_\_\_\_\_  
Automobil:    godina \_\_\_\_\_    izrada \_\_\_\_\_    model \_\_\_\_\_    posjeduje/posjedovao/    la \_\_\_\_\_

Imate li zdravstveno osiguranje?    Da / ne    Cijena po mjesecu: \$ \_\_\_\_\_  
Imate druga osiguranja:    Da / ne  
Plaćate ili primete potporu za dijete:    Da / ne    Iznos: \$ \_\_\_\_\_ koji plaća / prima: \_\_\_\_\_  
Imate trenutno potraživanje vezano uz socijalni prihod za invaliditet:    Da / ne  
Koji je originalni datum prijave za socijalno osiguranje: \_\_\_\_\_  
Da li advokat pomaže u zahtjevu za invalidnost?    Da / ne  
Ime vašeg advokata za slučaj invalidnosti: \_\_\_\_\_  
Primljene usluge mentalnog zdravlja na Broadlawnsu u proteklih 13 mjeseci:    Da / ne  
Planirate li primati usluge mentalnog zdravlja:    Da / ne  
Da li u domaćinstvu živi trudnica:    Da / ne

## Autorizacija

Ja / mi ovlašćujem/o Medicinski centar Broadlawns (BMC) i svakog potencijalnog investitora ili osiguravača ove kreditne transakcije, državnu evidenciju o zaposlenju, uključujući informacije koje su prijavili pojedinačni poslodavci državi, i historiju prihoda, uključujući i evidenciju Državne agencije za zapošljavanje. Ovo ovlašćenje samo za ovu kreditnu transakciju i nastavlja da važi 365 dana od datuma izvršenja ove saglasnosti podnosioca zahtjeva, osim ako je ograničeno državnim zakonom, u kom slučaju autorizacija nastavlja da važi maksimalno ne duže od 365 dana, što dozvoljava zakon.

Pored toga, ja / mi ovlašćujem/o BMC, njegove zastupnike ili ovlaštene osobe, da verifikuju moje dosadašnje i sadašnje podatke o zaradama u vezi sa zaposlenošću, prošli i sadašnji status zaposlenja, bankovne račune, držanje akcija i sva ostala sredstva koja su potrebna. Nadalje, ja / mi ovlašćujem/o BMC, njegove zastupnike ili dodijeljene, da naruče izvještaj o potrošačkom kreditu i verifikuju druge kreditne informacije po potrebi. Fotografiska ili indigo kopija ovog ovlašćenja (potpisa potpisnika) mogu biti prihvaćene kao original. Odgovornost podnosioca prijave je da u roku od 10 radnih dana izvijesti o svim promjenama u prihodima i stanju osiguranja.

\_\_\_\_\_  
*Potpis podnosioca prijave*

\_\_\_\_\_  
*datum:*

\_\_\_\_\_  
*Potpis supružnika podnosioca prijave*

\_\_\_\_\_  
*datum:*