1801 Hickman Road
Des Moines, Iowa 50314
Financial Counseling Office (재무상담소)
팩스: 515-282-2270 전화:(515) 282-2246

커뮤니티 케어 프로그램에 필요한 서류

1. **사진이 포함된 신분증.** 유효한 아이오와주 신분증이어야 합니다**.** 아이오와주 운전면허증과 아이오와주 신분증은 아이오와주 교통부 Dept of Transportation 6310 SE Convenience Blvd. (just off Corporate Woods Drive) Ankeny, IA 50021 에서 받으실 수 있습니다. 515-239-1101

2. **사회보장번호 증명.** 이 자료는 귀하의 사회보장 카드에서 제공됩니다. 사회보장 카드가 없거나 이용하실 수 없다면 재무 카운슬러에게 말씀해주십시오. 사회보장 카드 교체는 Riverpoint Office Complex, 455 SW 5th Street Suite "F" Des Moines, Iowa 에서 신청하실 수 있습니다. 1-800-772-1213. 업무 시간은 월-금 오전 9 시부터 오후 3:30 까지입니다.

3. **거주지 증명.** 귀하는 Iowa Cares Medical Home Region 5 (아이오와 케어 메디컬 홈 지역 5)에 거주하고 있음을 증명하셔야 합니다. 이를 위해서는 다음의 서류가 필요합니다. 임대료 영수증, 공과금 청구서, 보험 명세서 또는 최근 30 일 이내에 귀하의 "거주지 주소"로 발송된 "공식" 우편물. 귀하 또는 "현재 주거지"로 발송된 사서함, "우편" 주소 또는 "정크" 메일 주소는 거주지 증명으로 이용할 수 없습니다. 저희는 Broadlawns Medical Center 에서 보낸 우편물을 수락하지 않습니다.

4. **소득 증명.** 저희는 최근 30 일 이내에 수령한 모든 소득의 증명을 필요로 합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다: 최근 30 일 이내의 모든 급여 송금, 고용주 확인, 사회보장 명세서, 산업재해보상 지급금, 장애 소득. 자녀 양육비, 아동 양육 소득, 자영업. 상속 재산

5. **소득세 신고서**. 저희는 최근 제출된 연방 소득세 신고서를 필요로 합니다.

   소득이 없거나 실업 상태인 경우. 저희는 **현물 지급 보호소 (Shelter-In-Kind) 서신**(지원통지서)이 필요합니다

6. **사회보장 장애 신청서 증명**. 이 증명은 청구서를 제출한 날짜가 명시된 사회보장행정국 (Social Security Administration) (515-283-0212)의 서류나 선택된 법률대표/변호사의 진술서를 통해 증명됩니다.

7. **Medicaid / Iowa Cares 프로그램 자격이 있는 경우** Medicaid / Iowa Cares 프로그램을 신청하셔야 합니다. 재무 지원을 이용할 수 있거나 이용하지 못할 수 있습니다. 귀하의 재무 카운슬러가 이 결정을 지원해드립니다. 이 프로그램의 보장 증명이 필요합니다. 귀하의 아이오와주 복지부 (Department of Human Service) 결정 통지서는 이 정보를 포함합니다 (Iowa Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 업무시간 월-금, 오전 8:00 - 오후 4:30)

8. **귀하는 푸드스탬프 수혜 통지서를 제출하셔야 합니다.** 귀하의 아이오와주 복지부 (Department of Human Service) 결정 통지서는 이 정보를 포함합니다 (Iowa Medicaid, 1900 Carpenter Des Moines 515-286-3635 업무시간 월-금, 오전 8:00 - 오후 4:30)

9. **출생증명서**. 귀하는 자격을 갖춘 모든 사람의 출생증명서를 제공하셔야 합니다. 주 직인이 찍힌 주에서 발급한 문서여야 합니다. (Iowa 출생증명서 신청: 515-281-4944. Lucas State Office Building 321 East 12th, Des Moines Iowa.)

10. **모든 계좌 증명.** 당좌예금 계좌, 보통예금 계좌, IRA, 401K, CD, 주식, 채권, 403B, 신탁, 연금, IPERS, 및 기타 자금 계좌가 포함됩니다. 저희는 이 계좌들에 있는 금액을 제시하는 은행 계좌 내역서 사본이 필요합니다.

11. **자녀 양육비 지급 증명.** 귀하께서 자녀 양육비를 지급하시는 경우, 최근 90 일 동안의 지급 증빙자료를 제출하셔야 합니다. 아이오와주 자녀 양육 프로그램 1-888-229-9223, 주말 오전 8:00 - 오후 5:00 CST

12. **기타:** 재무 카운슬러가 귀하의 자격을 정하는데 필요한 기타 정보.

broadlawns
MEDICAL CENTER

재향군
인:_____
자녀:_____
장애:_____
Comm Ins._____
T19 앱: _____
PHC:_____
직원용

재무 상담 선별

날짜: 2019 년 6 월 24 일 월요일 **MR#**_____

신청인 배우자

성명:_____ 성명:_____
출생일:_____연령:_____ 출생일:_____연령:_____
사회보장번호_____사회보장번호_____
성별: 남 / 여 주 언어:_____성별: 남 /여 주 언어:_____
미국 시민권자: 예 / 아니오 미국 시민권자: 예 / 아니오
결혼 (하나를 선택하십시오): 미혼 / 기혼 / 별거 / 이혼 / 사별 / 동거
미국 군인으로 복무하신 적이 있습니까? **예 / 아니오** 퇴역 상태? _____

주거

현재 주거지 주소:_____
우편 주소 (다른 경우) _____
시:_____ 주:_____Zip:_____
전화:_____보조 전화_____

기본 주거지가 귀하의 집인 아동

이름:_____출생일:_____ss#_____미국 시민권자 예 / 아니오
이름:_____출생일:_____ss#_____미국 시민권자 예 / 아니오
이름:_____출생일:_____ss#_____미국 시민권자 예 / 아니오
이름:_____출생일:_____ss#_____미국 시민권자 예 / 아니오
이름:_____출생일:_____ss#_____미국 시민권자 예 / 아니오

귀하의 집에서 생활하는 다른 사람들을 적어주십시오

이름:_____관계:_____
이름:_____관계:_____
이름:_____관계:_____
이름:_____관계:_____

고용 정보

고용주 이름:_____시작일:_____
주소: _____시:_____주:_____zip:_____
고용주 전화번호_____

배우자 고용주:_____시작일:_____
주소: _____시:_____주:_____zip:_____
배우자 고용주 전화번호_____

소득

모든 소득원, 혜택, 지원, 권리, 지원을 열거해주십시오.

수령자 소득 출처 총금액 수령 빈도

_____
_____
_____
_____
_____
_____

자원

당좌예금 계좌: 예/아니오 금액 $_____ 보통예금 계좌: 예/아니오 금액 $_____ IRA: 예/아니오 금액 $_____
CD: 예/아니오 금액 $_____ 신탁: 예/아니오 금액 $_____ 연금: 예/아니오 금액 $_____
주식/채권: 예/아니오 금액 $_____ 401K: 예/아니오 금액 $_____ IPERS: 예/아니오 금액 $_____
부동산/재산 예/아니오 금액 $_____주소:_____

차량: 연식_____ 제조사_____ 모델_____ 부채/소유 가격 _____
차량: 연식_____ 제조사_____ _____모델_____ 부채/소유 가격 _____
차량: 연식_____ 제조사_____모델_____부채/소유 가격_____

건강보험이 있습니까? 예 / 아니오 월 비용: $_____
다른 보험 보유 여부: 예 / 아니오
자녀 양육비 지급 또는 수령: 예 / 아니오 금액: $_____지급인 / 수령인: _____
현재 사회보장 장애 청구: 예 / 아니오
최초 사회보장 신청일: _____
장애 청구를 돕는 변호사가 있습니까? 예 / 아니오
장애 변호사 이름: _____
최근 13 개월 내에 Broadlawns 에서 정신건강 서비스를 받음: 예 / 아니오
정신건강 서비스를 받을 계획이 있습니까: 예 / 아니오
가족 중 임신한 사람이 있습니까: 예 / 아니오

승인

본인/저희는 Broadlawns Medical Center (BMC)와 잠재적 투자자나 보험사에게 개별 고용주가 주에 보고한 정보, 주 고용 보호기관 기록 등의 소득 내역을 포함한 본 신용 거래와 주 고용 기록 권한을 부여합니다. 이 신용 거래 승인은 주법에 의해 제한되어 승인이 최대 365 일을 초과하지 못하게 되지 않은 한 신청인의 동의일로부터 365 일간 효력을 유지합니다.
또한 본인/저희는 BMC 와 그 대리인, 지정인이 본인의 과거 및 현재 고용 소득 기록, 과거와 현재 고용 상태, 은행계좌, 주식 보유, 기타 자산을 확인하도록 승인합니다. 또한 본인/저희는 BMC 와 그 대리인, 지정인이 필요한 바에 따라 소비자 신용 보고를 주문하고 다른 신용 정보를 확인하도록 승인합니다. (서명인의 서명이 기입된) 본 승인의 복사본은 원본으로 인정될 수 있습니다.
가족 소득과 보험 상태의 변경 시 10 업무일 이내에 보고할 책임은 신청인에게 있습니다.

_____ _____

신청인 서명 날짜:

_____ _____

신청인 배우자 서명 날짜: