

Заявление на участие в программе финансовой помощи

Если Вы недостаточно застрахованы и при этом соответствуете требуемым критериям, вам не нужно заполнять это заявление.

- ☐ Бездомный (-ая)
☐ Умер (-а), недвижимость отсутствует
☐ Психическая недееспособность, некому действовать от имени пациента
☐ Право на участие в программе Medicaid, отсутствует дата оказания услуги

Зачисление в программы помощи малоимущим:

- ☐ Программа питания для женщин, младенцев и детей (WIC)
☐ Программа дополнительной продовольственной помощи (SNAP)
☐ Программа бесплатных обедов и завтраков в Айове

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя заявителя (имя, среднее имя, фамилия):		Номер социального обеспечения:		Дата рождения:	
Адрес:		Город:	Штат:	Почтовый индекс:	
Основной номер телефона:		Дополнительный номер телефона:			
Статус занятости: ☐ Трудоустроенный (-ая) ☐ Самозанятый (-ая) ☐ Пенсионер ☐ Нетрудоспособный (-ая) ☐ Безработный (-ая), последняя дата работы: _____					
Имя (название) работодателя (если применимо):					
Адрес работодателя:		Город:	Штат:	Почтовый индекс:	
Название плана медицинского страхования, предлагаемого работодателем (включая COBRA): ☐ Медицинская страховка не предоставляется					

ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ

Перечислите всех лиц, проживающих в Вашем доме, начиная с себя.

Полное имя:	Дата рождения:	Кем приходится:

ИНФОРМАЦИЯ О НЕДВИЖИМОСТИ

Каков статус Вашего основного места жительства?

- ☐ Арендванный дом ☐ В процессе покупки собственного дома
☐ Собственный дом ☐ Бездомный (-ая) ☐ Другое: _____

Есть ли у Вас другая недвижимость? ☐ Да ☐ Нет
Если да, то где? _____ Ценность: _____

ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ / ДОХОД

Название банка: _____ Сумма денежных средств на текущем счете: _____
Сумма средств на сберегательном счете: _____
Акции / облигации / депозитные сертификаты: _____ Сумма накоплений по программе накопительного страхования жизни: _____

Доход. Перечислите все доходы, получаемые лицами, проживающими в Вашем доме, включая доход в виде заработной платы, доход от самозанятости, социального обеспечения, пособий ветеранам, пособия по безработице, пособий на содержание ребенка, алиментов, компенсаций работникам, пособий по выходу на пенсию, выплат, получаемых по системе пенсионного обеспечения государственных служащих штата Айова (*Iowa Public Employees' Retirement System, IPERS*), пенсий, государственной службы и т. д.

Источник	Полученная сумма	Регулярность получения	Получающее лицо
Доход от трудовой деятельности			
Доход от трудовой деятельности			
Социальное обеспечение			
Пособие на содержание ребенка / алименты на ребенка			
Пенсионные / пособие по безработице			
Другой человек			
Другой человек			

Если в Вашем заявлении на получение финансовой помощи вообще не указан доход, опишите, как Вы обеспечиваете свои повседневные расходы на проживание, такие как жилье, питание, одежда и т. д.

МЕДИЦИНСКИЕ РЕСУРСЫ

Есть ли у Вас медицинская страховка? ☐ Да ☐ Нет
Если да, то оформлена ли страховка через Вашего работодателя? ☐ Да ☐ Нет
Если нет, предлагает ли Ваш работодатель медицинскую страховку? ☐ Да ☐ Нет

Название страховой компании: _____
Адрес: _____
Полное имя держателя страхового полиса: _____ Номер страхового полиса: _____

Если у Вас нет страховки, подавали ли вы заявку на Medicaid? (Мы можем потребовать от вас сделать это.)
☐ Да, ожидает одобрения ☐ Да, не имеет права ☐ Нет

Если Вы еще не подали заявку, отметьте пункты ниже, которые применимы.

☐ Вам не исполнилось 19 лет

☐ Вам 65 лет или больше

☐ У Вас слепота

☐ Вы беременны

☐ Вы принимаете лекарства для контроля диабета, высокого кровяного давления или судорог

☐ Вы являетесь инвалидом в соответствии с определением Управления социального обеспечения

☐ С вами проживают дети в возрасте до 19 лет

Просим предоставить нам последние поданные вами налоговые декларации и документы, подтверждающие ваши доходы за последние три месяца. Не отправляйте оригиналы документов, так как документация, представленная вместе с заявлением, не подлежит возвращению.

ПОДПИСЬ

Прочитайте нижеследующую информацию и поставьте подпись.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, информация, указанная в этом заявлении и в любом прилагаемом подтверждающем документе, является достоверной и представлена в полном объеме. Я даю разрешение Lucas County Health Center проверить информацию, предоставленную в этом заявлении.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____